

平成30年度在宅医療(栄養)推進事業
新潟県補助事業

新潟県における 在宅訪問栄養食事指導推進事業

—在宅療養者等のステージに合ったQOLの向上をめざして—

平成30年度事業報告書

平成31(2019)年3月

公益社団法人 新潟県栄養士会

はじめに

内閣府の平成30年版高齢社会白書によれば、65歳以上の者のいる世帯は全世帯の約半分、その内「単独世帯」・「夫婦のみ世帯」が全体の過半数を占めています。また、65歳以上の一人暮らしの者は、昭和55（1980）年には65歳以上人口に占める割合男性4.3%、女性11.2%であったものが、平成27（2015）年には男性13.3%、女性21.1%となっており、一人暮らしの高齢者の増加は男女ともに顕著です。この超高齢社会を高齢者が自立して過ごしていくには、医療や介護の充実した社会保障制度だけでは補えない地域社会のしくみ作りが喫緊の課題となっております。日常の暮らしを自宅で守るには、生鮮食品などを買える場所が近隣に必要であり、自分で買いに行けない場合は、知り合いかお店に届けてもらうしかありません。今更ながら生活で困ることが沢山あることに気付かされます。毎日の食事は、尚更、生きる力にもなりますが、支えが失われるとその不安は、はかり知れないものとなります。

さて、新潟県栄養士会は、平成24年から3年間は国の補助を受け、平成27年から4年間は県の補助を受け7年間継続して在宅訪問栄養食事指導に取り組んできました。ようやく、かかりつけ医と管理栄養士が労働契約を結んで医療保険および介護保険を適用した訪問栄養食事指導が実施されるようになりました。また、上越市・十日町市では郡市医師会の医療推進センターに管理栄養士の机を設置していただき仕事の受入れ体制が整備されました。これらの地域では、保険を適用した訪問栄養食事指導が年間97件と、多数実施されました。

一方、平成30年度の事業の特徴として、新潟市において医師会のご協力のもとで、地域ケアネットを活用した在宅栄養ケアの周知活動をすすめ、104件の在宅訪問栄養指導を実施することが出来ました。

平成30年度終了時点で訪問管理栄養士登録者数は81名なり、今後もマンパワー充実と質の向上は、新潟県栄養士会在宅訪問活動の重要な柱となると思われます。今後、地域の繋がりを強化する対策として地域活動の管理栄養士と病院・福祉施設等に勤務する管理栄養士との連携した取り組みに期待をしているところです。

おわりに、平成30年度診療報酬・介護報酬の同時改定において、病院と施設の管理栄養士の連携した取り組みや、通所介護施設等の栄養改善の取り組みに対し栄養改善加算が付きました。病院から施設へ、あるいは自宅に移行した療養者の食事づくりは、多くの問題を抱えており、それらを支えることが専門職種としての本来の使命です。多職種と連携して、一步一步、地域包括支援システムの中に栄養ケアが根付いていけるよう活動を推進してまいりたいと思っています。

平成31年3月

公益社団法人 新潟県栄養士会 会長 入山 八江

Contents

はじめに	01
平成30年度在宅医療（栄養）推進事業概要	
Ⅰ.事業目的・内容	03
Ⅱ.事業の概要	06
1.体系図	05
2.タイムスケジュール	06
1.在宅訪問栄養食事指導推進事業	08
1.各支部協力要請訪問	08
2.各支部在宅担当者会議	13
3.モデル【訪問栄養食事指導実施】	19
4.訪問指導支部代表者会議	27
5.在宅栄養ケア推進委員会	28
6.訪問指導症例検討会の開催	29
7.新潟県の訪問管理栄養士登録状況	31
2.拠点整備事業	31
3.在宅訪問栄養食事指導に係る研修事業	32
1.在宅栄養ケア大研修会の開催	32
2.在宅訪問管理栄養士人材育成研修会の開催	37
3.人材育成症例検討研修会	49
4.訪問実務担当者研修会	50
5.在宅栄養ケア周知講座	53
6.在宅訪問栄養食事指導実践集作成研修会	55
7.嚥下調整食一覧表・上越版作成研修会	57
4.評価委員会	59
1.評価委員会の開催	59
2.評価委員会の評価	60
5.考察	62
おわりに	64
6.症例集	65
7.資料編	99

平成30年度 在宅医療（栄養）推進事業概要

I. 事業目的・内容

[在宅訪問栄養食事指導推進事業]

目的：在宅療養者等における疾病の重症化予防、QOLの維持・向上を図るため、多職種に対しわかりやすい制度利用のための周知活動をすすめることにより県下全域に在宅訪問栄養食事指導の有用性について理解を促し、郡市医師会と連携を密にして保険制度を利用した訪問栄養食事指導の本格的な実施を目指した。また、地域包括支援センター等を中心に多職種と連携して地域ケア会議に積極的に参画し、高齢者の低栄養の改善と予防を目的とした。

事業内容：

① 在宅訪問栄養食事指導の協力要請

新潟県栄養士会会員の協力のもと、新潟県10支部において、訪問栄養食事指導の実施に向け、郡市医師会ならびに市町村の地域包括支援センター、訪問看護ステーション、介護支援センター等へ協力要請訪問を実施し、指導依頼件数の増加を目指した。

② 各支部在宅担当国会議

在宅訪問栄養食事指導を進めるため、支部単位の相談会議を定期的で開催し、保険制度運用が動き始めた上越、十日町支部を中心に南魚沼、柏崎、長岡支部での推進活動の拠点整備を進めた。

③ モデル・在宅訪問栄養食事指導の実施

在宅療養・介護の現場では在宅訪問栄養食事指導の取り組みが未実施の地域が多く、事業の一環として初回の在宅訪問栄養食事指導をモデル事業として実施し、二回目以降の、かかりつけ医との連携した保険制度運用へ繋ぐことを目指しながらフレイル予防及び終末期の高齢者を対象にした在宅訪問栄養食事指導を実施した。

④ 訪問栄養食事指導推進・支部代表国会議

新潟県栄養士会県内10支部の代表者を対象に本事業の概要説明および地域における訪問栄養食事指導実施状況報告・意見交換を実施した。

⑤ 在宅栄養ケア活動推進委員会の開催

在宅栄養ケア活動推進委員(栄養士会会長、専務理事、事業担当者)が定期的に事業進捗状況・運営等について話し合う会議を開催した。

⑥ 訪問栄養食事指導実施症例検討会

各支部の代表が出席し、訪問栄養食事指導に必要な嚥下調整食について講師を招き調理実習により調理技術の実践と訪問栄養食事指導実施症例についてトレーナーを中心に対応策を討議し、指導スキルを高める機会とした。

⑦ 評価委員会の開催

在宅ケアに関する多職種の代表者と有識者による評価委員会を開催し、客観的な見地から本事業に係る評価・検証を行い、今後の事業展開の方向性を確認できた。

【在宅訪問栄養食事指導に係る研修事業】

目的：多職種との連携と協力体制の強化を目指した研修会を開催するとともに、訪問指導の担い手となる在宅訪問栄養食事指導従事者の確保と人材育成のための体制整備の充実を図ることを目指した。

① 在宅栄養ケア多職種連携研修会の開催

在宅栄養ケア総合研修会(新潟)

栄養士会会員をはじめ多職種と連携し、在宅医療に係る諸団体を対象に訪問栄養食事指導推進を目指した研修会を実施した。

② 人材育成研修会

在宅訪問栄養食事指導を実施するための研修会を開催し、管理栄養士・栄養士の指導技術のスキルアップを図ることが出来た。

③ 人材育成症例検討研修会

人材育成のまとめとしてトレーナー4名・症例発表者5名を選出して症例検討会を行い、指導効果の向上につながる人材育成に努めることができた。

④ 訪問担当者実務研修会

訪問栄養食事指導担当者を対象に、多職種スタッフのケアマネージャーを講師とした研修会を開催し、在宅訪問指導推進における問題点と改善策について討議し、効果的な指導方法を学ぶ機会とした。

⑤ 在宅栄養ケア周知講座（出前栄養講座）

地域包括支援センター・介護支援事業所等からの依頼を受けて、介護関係職員及び入所者等を対象に、在宅栄養ケアに関する広報活動を兼ねた栄養知識や調理方法などについての出前講座を開催した。

⑥ 在宅訪問栄養食事指導実践集作成研修会

在宅医療（栄養）推進事業の一環として、過去6年間の訪問栄養ケア活動における実施計画ならびに具体的な症例を分野別にまとめた実践集を作成し、次に続く事業推進後継者ならびに在宅訪問関係者への啓蒙普及活動の参考資料とすることと併せて、新潟県栄養士会によるフレイル対策、CKD対策、地域ケア個別会議の概要を併記し、栄養ケア活動の全体を網羅することにより、今後の在宅医療（栄養）推進事業の充実に役立てる為在宅訪問栄養食事指導実践集作成研修会を開催し作成することが出来た。

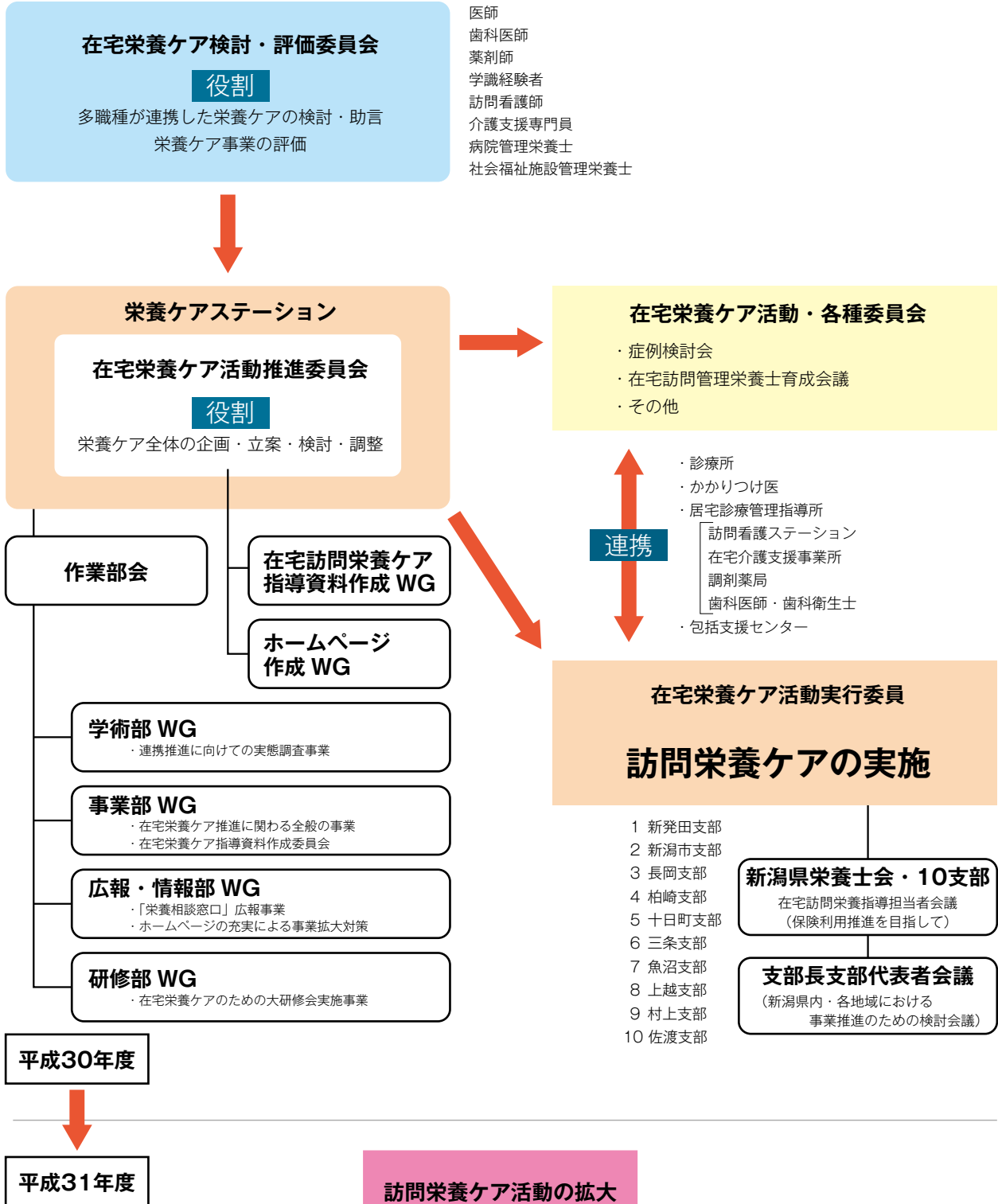
⑦ 嚥下調整食一覧表・上越版作成研修会

上越支部における地域連携・医療-福祉-在宅連携に必須である嚥下調整食の情報共有を図るため上越地域版「嚥下調整食一覧」作成研修会を開催し、計画案に基づき作成することが出来た。

II. 事業の概要

1. 平成30年度 在宅医療（栄養）推進事業体系図

公益社団法人新潟県栄養士会



2. 平成30年度 在宅医療（栄養）推進事業 タイムスケジュール予定

事業計画項目		担当責任者
(事前準備)		
1)	挨拶訪問（事業目的・事業概要説明・協力依頼）	・栄養士会 会長
2)	かかりつけ医への紹介、契約に必要な書類の整備（手順書・契約書）	・栄養士会 支部長
3)	多職種との連携強化	・栄養ケアステーション
4)	人材スキルアップ研修会開催計画案作成	
I 在宅訪問栄養推進事業 在宅医療推進センター・地域密着型の連携強化をめざして		
1)	各支部協力要請訪問	・事業部 WG
2)	各支部在宅担当者会議	
3)	モデル・【訪問栄養食事指導実施】 100件 在宅訪問栄養指導実施・労働契約書等の作成・手配 在宅訪問栄養ケアの実施・訪問タイムスケジュールの調整	・栄養士会・支部長 ・栄養ケアステーション
4)	訪問指導支部代表者会議	
5)	在宅栄養ケア推進委員会	(在宅訪問管理栄養士)
6)	訪問指導症例検討会（1会場）	
7)	新潟県訪問管理栄養士登録	
II 拠点整備		
	本部・上越支部・十日町支部	
III 在宅訪問栄養食事指導に係る研修事業		
1)	在宅栄養ケア総合研修会の開催 新潟会場	・事業部 WG
2)	人材育成研修会の開催（8会場）	
3)	人材育成症例検討会（7会場）	・栄養ケアステーション
4)	訪問実務担当者研修会（7会場）	
5)	在宅栄養ケア周知講座	
6)	在宅訪問栄養食事指導実践集作成研修会議	
7)	嚥下調整食一覧表・上越版作成研修会議	
3 評価委員会		
報告書作成		
栄養士会	持続可能な活動基盤整備をめざして	
	1)	潜在管理栄養士確保のための広報活動（登録者募集案内）
	2)	新聞広告ならびにホームページの活用

実施・評価・報告

H30/4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	H31/1月	2月	3月
<p>・平成29年度報告書 配布(5月) および平成30年度本事業推進への協力依頼文書発信(6月)</p>											
<p>交付決定期日 6月1日</p>											
<p>1) 協力要請訪問(各支部) 2) 各支部在宅担当者会議</p>											
<p>3) 【訪問栄養食事指導実施】</p>											
<p>4) 訪問指導支部代表者会議 7/5</p>											
<p>5) 在宅栄養ケア推進委員会 6) 訪問指導症例検討会 7) 登録状況</p> <p style="text-align: right;">31/1/23新潟 AM .PM 81人登録</p>											
<p>1) 在宅栄養ケア総合研修会(10月案内発送) 12/2 2) 在宅栄養ケア人材育成研修会(8回) (新潟①8/16 ②9/14 ③10/11 ④11/8) 11/28十日町 11/29魚沼 12/8長岡 3/2魚沼 3) 人材育成症例検討会 8/6村上 8/24魚沼 9/25魚沼 10/14柏崎 12/18新発田 2/22新潟 3/11柏崎 4) 実務担当者研修会 10/18長岡 10/26村上 12/11上越 1/16新潟 1/17新発田 3/8柏崎 3/22上越 5) 在宅栄養ケア周知講座 17件 6) 在宅訪問栄養食事指導実践集作成研修会議 5回 7) 嚥下調整食一覧表・上越版作成研修会議 3回</p> <p style="text-align: center;">評価委員会 1回目 10/25 2回目 2019/3/7</p>											
<p>・報告書 ・在宅訪問栄養食事指導症例集 ・嚥下調整食一覧表・上越版</p>											
<p>1) 人材育成研修会参加募集案内・同時封入平成30年3月上旬 2) 新聞広告ならびにホームページ掲載平成30年3月 3) 広報活動および多職種連携会議参加 および受託事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「第6回甲信越在宅医療推進フォーラム」(第11回在宅ケアを考える集いin越後2018)企画・運営委員として参加 ・新潟県主催「介護予防のための地域ケア個別会議の助言者育成研修会」へ参加 ・日本栄養士会主催・栄養ケア寄り添い型ソリューション事業・ワーキングメンバーとして参加 ・新潟県後期高齢者医療広域連合会平成30年度・在宅訪問フレイル対策・事業受託 ・新潟市国保糖尿病性腎症重症化予防・個別栄養指導事業・平成30年度・受託 											

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

1. 各支部協力要請訪問

新潟県栄養士会・県内協力依頼訪問件数 計68回（152人）

回	日付	時間	氏名	支部名	事業内容（場所）
1	2018/6/5	14:00~16:00	川村美和子 久志田順子 浅見 映子	新潟市	新潟市医師会在宅医療推進センターと会議
2	2018/6/19	12:10~12:30	川村美和子 久志田順子 浅見 映子	新潟市	けやき通りクリニック (医院長：遠藤耕太郎)
3	2018/6/27	14:30~15:00	星野 詩子	上 越	上越地域看護部長会議にて訪問栄養指導の周知
4	2018/7/4	14:30~15:00	川村美和子 久志田順子 浅見 映子 清野 恵	新潟市	田澤内科医院（院長：田澤義人）
5	2018/7/6	17:30~18:00	吉原 緑 小林由美子	長 岡	長尾医院 要請依頼
6	2018/7/11	16:00~16:30	松田トミ子	長 岡	長岡市医師会館
7	2018/7/19	17:00~18:30	藤ノ木恵美子 瀬下美奈子	十日町	挨拶・協力要請（山口医院）
8	2018/7/24	14:30~15:00	小林 直子	長 岡	高木医院
9	2018/8/2	18:30~20:00	横山 麻子 須貝 朝子	村 上	村上市地域在宅医療推進委員会総会・作業部会 平成30年度事業計画案の説明と協力依頼
10	2018/8/3	10:00~11:10	蓮田 美江	新発田	新発田地域「在宅医療・介護連携推進センター」へ
11	8/7/2018	11:00~12:00	佐藤佳誉子 今井 恵	柏 崎	柏崎・刈羽医師会内在宅医療推進センターへ今年度事業の協力依頼 同行：原聡子
12	8/21/2018	11:00~11:30	星野ハツ子	上 越	渡辺内科医院：訪問栄養指導の流れの説明請求まで
13	8/24/2018	16:00~17:00	松田トミ子	長 岡	長岡市長寿はつらつ課
14	2018/8/28	10:30~12:00	佐藤佳誉子 今井 恵	柏 崎	刈羽医師会内推進センター・医師会運営委員会掲示、柏崎人材育成ケア準備について 同行：原聡子
15	2018/9/5	9:00~10:00	蕪木 康子 志田 中 藤ノ木恵美子	十日町	津南地域包括センターに挨拶 津南地域で在宅栄養を広めるための協力依頼

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

回	日付	時間	氏名	支部名	事業内容(場所)
16	2018/9/5	11:00~11:20	井上 未来	新発田	はあとふるあたごしばたへ
17	2018/9/13	10:00~11:00	小林由美子	長岡	長岡市長寿はつらつ課
18	2018/9/20	16:00~16:30	坪井 円香	上越	在宅医療推進センター会議にて平成30年度事業の説明 同行:星野詩子
19	2018/9/21	10:00~12:00	小林由美子	長岡	長岡市高齢者基幹包括支援センター
20	2018/9/21	14:15~14:40	井上 未来 蓮田 美江	新発田	笹川医院へ
21	2018/9/25	13:00~14:00	佐藤佳誉子	柏崎	同行:原聡子 柏崎市役所へ 説明と協力依頼
22	2018/9/25	19:00~19:30	佐藤佳誉子 今井 恵	柏崎	柏崎刈羽医師会の関係者連絡会議にて本年度モデル事業実施を請願 同行:原聡子
23	2018/9/26	12:30~13:35	井上 未来 蓮田 美江	新発田	平塚ファミリークリニックへ
24	2018/9/28	14:30~16:00	阿部 幸 佐野千代里	三条	三条市地域包括支援センター嵐南
25	2018/9/30	9:00~16:00	伊藤 知子 川村 美和子 牧野 令子 久志田 順子 浅見 映子	新潟市	ホテルニューオータニ長岡 「新潟県在宅ケアを考える会」での出店により、在宅訪問事業の案内と」協力要請を実施
26	2018/10/1	9:30~10:30	入山 八江 牧野 令子 川村美和子 久志田順子 浅見 映子	新潟市	新潟県看護協会会長、理事との面談 本年度の事業説明とモデル訪問指導についての協力依頼
27	2018/10/3	18:30~19:30	坪井 円香 星野 詩子 星野 ハツ子 大平 真由美	上越	平成30年度在宅医療(栄養)の年間予定の説明 (訪問依頼の予定、指導件数について、医師向けの情報誌発行について)
28	2018/10/4	9:30~10:30	入山 八江 牧野 令子 川村美和子 伊藤 知子 久志田順子 浅見 映子	新潟市	新潟市医師会会長との面談 本事業の説明と相談 具体的な推進計画の実施について助言をいただく
29	2018/10/6	9:30~10:00	牧野 令子 川村美和子 久志田順子 浅見 映子	新潟市	県看護協会主催研修会にて出席の県内看護師対象(20人程度)に訪問モデル事業への協力要請説明

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

回	日付	時間	氏名	支部名	事業内容(場所)
30	2018/10/10	13:15~13:30	井上 未来 蓮田 美江	新発田	新発田きやり館 新発田市の地域包括支援センターと市の職員34名に事業の説明と対象者の紹介をお願いした。
31	2018/10/13	15:00~16:00	牧野 令子 川村美和子 久志田順子 浅見 映子	新潟市	新潟県看護協会へモデル訪問栄養食事指導の協力依頼説明 (訪問看護ステーション看護師30名)
32	2018/10/17	16:00~17:00	川村美和子 久志田順子 浅見 映子	新潟市	在宅医療ネットワーク事務担当者会 推進事業の説明
33	2018/10/18	14:30~15:00	牧野 令子 久志田順子 浅見 映子	新潟市	阿部胃腸科内科医院へ協力依頼 3件指示表提供あり
34	2018/10/18	15:30~16:20	川村美和子	新潟市	広澤内科 しもまちネットワークでモデル事業の依頼
35	2018/10/19	16:30~16:45	星野ハツ子	上 越	上越リージョンプラザ
36	2018/10/20	8:30~9:00	牧野 令子 久志田順子 浅見 映子	新潟市	北区山口クリニック 訪問モデル事業への協力依頼
37	2018/10/23	15:00~16:00	牧野 令子 川村美和子 久志田順子 浅見 映子	新潟市	看護協会(理事会)訪問モデル事業への依頼説明 次回10/25の会合への依頼訪問の約束を得た
38	2018/10/24	11:30~12:50	川村美和子 浅見 映子	新潟市	押木内科神経内科医院(押木博子先生) 訪問モデル事業への協力依頼
39	2018/10/25	14:00~15:00	入山 八江 伊藤 知子 川村美和子 牧野 令子	新潟市	新潟県医師会在宅医療(栄養)推進事業への協力依頼
40	2018/10/25	15:30~16:30	伊藤 知子 牧野 令子 川村美和子 久志田順子 浅見 映子	新潟市	東新潟病院4階中会議室 訪問看護ステーション「どまんなか」 会議の席で訪問事業の依頼協力について説明
41	2018/10/26	12:30~13:30	川村美和子 久志田順子 浅見 映子	新潟市	坂井輪診療所(安達先生)事業の説明と協力依頼
42	2018/10/30	15:00~16:30	坪井 円香	上 越	第2回上越地域医療機関地域連携室 担当者会議にて周知

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

回	日付	時間	氏名	支部名	事業内容(場所)
43	2018/11/1	10:00~11:10	牧野 令子 久志田順子 浅見 映子	新潟市	齊藤内科クリニック 対象者1名紹介
44	2018/11/2	11:00~11:40	入山 八江	新潟市	新潟市薬剤師会
45	2018/11/13	13:30~16:40	今井 恵	柏崎	柏崎地域振興局:認知ケア多職種協働 研修会へ出席
46	2018/11/14	16:00~16:40	川村美和子 牧野 令子	新潟市	訪問看護ステーション坂井 (ウエストナースの会)
47	2018/11/14	12:00~14:00	入山 八江	新潟市	新潟市南区田邊医院
48	2018/11/15	9:30~10:00	入山 八江	新潟市	在宅ケアクリニック川岸町
49	2018/11/27	16:00~17:00	阿部 幸 青木 友美 佐野千代里	三 条	三条市第二庁舎 地域ケア個別会議について
50	2018/12/7	17:00~18:30	蕪木 康子	十日町	メディカルフォレスト 十日町中央クリニック
51	2018/12/11	18:30~19:30	伊藤 知子	新潟市	「スマイル歯科おざき」 e-メディカルプラザ
52	2018/12/12	14:00~15:30	坪井 円香	上 越	第3回直江津地区包括支援センター合 同ケアマネ研修会にて周知
53	2018/12/12	19:00~20:30	伊藤 知子	新潟市	新潟市総合保健医療センター
54	2018/12/26	15:30~16:30	川村美和子 牧野 令子	新潟市	みどり病院 齊藤医師
55	2018/12/28	9:00~ 9:30	牧野 令子	新潟市	阿部胃腸科内科医院へ協力依頼 3件指示表提供お礼
56	2019/1/28	17:00~17:30	蕪木 康子	十日町	十日町中地域包括支援センター
57	2019/1/31	8:30~17:50	蕪木 康子	十日町	十日町保健所瀧澤管理栄養士同行 口コネットとえおかまち・つまりの里
58	2019/2/1	8:30~17:50	蕪木 康子 藤ノ木恵美子	十日町	十日町保健所瀧澤管理栄養士同行 栄養サポートシステムの説明 やまびこ在宅介護支援センター・まち なかや十日町
59	2019/2/21	9:00~ 9:40	今井 恵	柏崎	国立行政機構新潟病院
60	2019/2/28	13:00~14:00	蓮田 美江	新発田	田上歯科医院

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

回	日付	時間	氏名	支部名	事業内容（場所）
61	2019/3/1	9:00~18:30	入山 八江 稲村 雪子 折居千恵子 牧野 令子	新潟市	東京：厚生労働省・保険局健康課 栄養指導室 室長清野富久江氏・室長補佐塩澤信良氏と面談 在宅医療（栄養）推進事業の経過報告ならびに現状の問題点と課題を説明し、今後の事業推進に向けた相談に乗って頂き、是非とも具体的な助言を賜りたいと進言。 ※課題に対し、明快な解決策はなかったが、現行制度の中で事業展開策を探し出し、実施可能な取り組みを地道にすすめることを示唆される。「通所・地域密着型通所介護栄養改善の取組の推進」について
62	2019/3/4	19:00~19:30	蕪木 康子	十日町	十日町商工会議所
63	2019/3/6	10:00~12:00	佐藤佳誉子 今井 恵	柏崎	柏崎刈羽医師会 在宅医療推進センター 同行：原聡子
64	2019/3/7	15:00~16:00	入山 八江 川村美和子 牧野 令子 久志田 順	新潟市	会場：興和ビル 平成30年度新潟県行政栄養士等研修会：参加 在宅医療（栄養）推進事業の経過・現状について説明し、行政管理栄養士への協力をお願い。
65	2019/3/11	16:20~16:40	藤ノ木恵美子 蕪木 康子 瀬下美奈子	十日町	十日町市情報館 平成30年度十日町市介護支援専門員協議会総会
66	2019/3/19	13:00~15:00	西野 真弓 川村美和子 久志田順子	新潟市	西川内科医院（西蒲区巻町） 医師からの依頼で、契約に関する説明と今後の訪問指導実施に関する説明。
67	2019/3/25	10:00~13:00	入山 八江 伊藤 知子 川村美和子 牧野 令子 久志田順子	新潟市	新潟市医師会・新潟市医療推進センター・横田医院・山口内科クリニック 協力依頼ならびにお礼
68	2019/3/26	19:00~20:00	佐藤佳誉子 今井 恵	柏崎	国立行政機構新潟病院 栄養課 柏崎刈羽摂食嚥下研究会への参加協力依頼 同行：原聡子

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

2. 各支部在宅担当者会議

会議回数 計55回 (221人)

回	日付	時間	氏名	支部名	事業内容(場所)
1	2018/6/5	15:00~17:00	坪井 円香 星野ハツ子 篠宮 智子	上 越	在宅栄養についての引継ぎ、および年間活動予定の計画 同席：星野詩子
2	2018/6/14	12:30~13:30	清田優理香 蓮田 美江 岡田 尚子	新発田	胎内市役所 推進事業に関する打ち合わせ
3	2018/6/19	12:30~13:30	清田優理香 蓮田 美江	新発田	新発田市役所 協力依頼予定調整について
4	2018/6/20	17:00~19:30	齊藤 幸子 西野 真弓 清田優理香 小池 雅子 川村美和子 牧野 令子	新潟市	会場：栄養士会104号室 在宅訪問指導に係る現状の問題点・課題 ・地域個別会議の助言者としての現状と今後の在り方について。 ・助言者と宅訪問指導者の連携の必要性(各地域における訪問管理栄養士不在の問題点)
5	2018/6/25	12:00~13:00	齊藤 幸子 牧野 令子 川村美和子 佐野千代里 小沼 真理 吉原 緑 蓮田 美江 石井 智子 岡田 尚子 清田優理香 竹内 祥子 長谷川陽子	新潟市	会場：新潟県自治会館 個別の指導のしかた、分かりやすく、具体的な表現方法の精度を上げるために必要な工夫について
6	2018/7/3	14:00~16:00	青木 健児 橘 妙佳 小林裕美子 小林由美子 菅原 咲 小柳スイ子 松田トミ子	長 岡	会場：ながおか会計 第1回在宅栄養ケア事業打ち合わせ会 長岡市の情勢等について
7	2018/7/5	12:30~13:30	石井 智子	新発田	胎内市役所 多職種・理学療法士同席
8	2018/7/13	17:30~19:00	藤ノ木恵美子 志田 中 蕪木 康子 瀬下美奈子	十日町	会場：十日町保健所相談室 在宅医療(栄養)推進事業の事業内容の伝達説明、検討
9	2018/7/17	12:30~13:30	長谷川陽子 岡田 尚子	新発田	新発田市役所

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

回	日付	時間	氏名	支部名	事業内容(場所)
10	2018/7/26	10:00~11:30	五十嵐英子	上越	引継ぎ・年間活動予定の計画 同席：星野詩子 星野ハツ子
11	2018/7/27	17:00~19:00	佐藤佳誉子 青木 章子 茂野 美咲 今井 恵 鳥羽 千鶴	柏崎	会場：柏崎市民プラザ 同席：原聡子 今年度の事業計画について ・事業件数の確認
12	2018/7/27	14:00~15:00	村山 千晶	十日町	十日町市役所 多職種・理学療法士同席
13	2018/8/2	12:30~13:30	長谷川陽子	新発田	胎内市役所 有田病院管理栄養士
14	2018/8/23	18:00~20:00	坪井 円香 大平真由美 星野ハツ子 星野 詩子 波田野智穂	上越	平成30年度在宅医療推進事業および研修会の計画
15	2018/8/24	16:00~18:00	佐藤佳誉子 青木 章子 茂野 美咲 今井 恵 神林 澄子 鳥羽 千鶴	柏崎	会場：柏崎市民プラザ2F交流室2 同席：原聡子 ・在宅医療推進センターへの依頼手順について ・10月15日・人材育成研修会の準備について
16	2018/8/30	12:30~13:30	佐野千代里 阿部 幸 青木 友美 竹内 祥子	三条	三条市役所 ・三条支部役員会：今年度の在宅ケア事業計画案について
17	2018/9/7	14:00~16:00	菅原 咲 小林由美子 小林裕美子 松田トミ子 青木 健児 小柳スイ子 橘 妙佳	長岡	第2回在宅栄養ケア事業打ち合わせ会 ・各支部開催事業および研修会計画案について ・多職種連携研修会の計画について ・訪問件数・訪問先について ・在宅栄養ケア研修会について
18	2018/9/7	16:00~17:40	藤ノ木恵美子 蕪木 康子 瀬下美奈子	十日町	11/28在宅栄養研修会の内容の大筋を決定・打ち合わせ
19	2018/9/12	15:30~16:30	蓮田 美江 川村美和子 村木 康子 牧野 令子 伊藤 知子 清田優理香 岡田 尚子 小池 雅子	三条	三条市・リーダー研修会終了後、会場ロビーにて在宅訪問指導における対象者向けの効果的な指導内容の検討と今後の研修内容について相談

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

回	日付	時間	氏名	支部名	事業内容(場所)
20	2018/9/20	18:00~20:00	村山 千晶 村山里江子 瀬下美奈子 蕪木 康子 飯塚 美里 桑原 世奈 藤ノ木恵美子	十日町	1/28開催予定の在宅栄養ケア研修会の詳細を検討
21	2018/9/21	18:30~20:30	坪井 円香 大平真由美 星野ハツ子 星野 詩子 波田野智穂	上 越	協力訪問の計画 ・上越支部・今年度の訪問ケア事業の計画案について
22	2018/9/26	10:00~10:30	蓮田 美江 井上 未来	新発田	いいでの里 ケアマネ清野 訪問対象者の日程確認・打ち合わせ
23	2018/9/27	14:00~16:00	菅原 咲 小林由美子 小林裕美子 小柳スイ子 橘 妙佳	長 岡	第3回在宅栄養ケア事業打ち合わせ会 ・訪問依頼日程調整・出前講座事前打ち合わせ・研修会打ち合わせ
24	2018/10/15	12:30~13:30	阿部 幸	三 条	三条市役所 理学療法士同席
25	2018/10/16	18:30~20:30	坪井 円香 大平真由美 星野ハツ子 星野 詩子 波田野智穂	上 越	上越市市民プラザ 開業医向け情報紙「にこにこ通信」 発刊打ち合わせ
26	2018/10/16	12:30~13:30	川村美和子 伊藤 知子 村木 康子	新発田	新発田市役所 理学療法士同席 ・新発田支部における訪問指導体制について相談
27	2018/10/24	12:30~13:30	阿部 幸 金子 久子 関田 美恵 栗林 恵子 酒井 常子 小幡 郁子 川島 浩子 国松 鈴子 宮村 愛 池原 日和 今井 恵 安達 大子 青木 友美 村山 千晶 村木 康子	新潟市	新潟県自治会館
28	2018/10/29	10:00~10:30	井上 未来	新発田	豊浦病院 管理栄養士同席 モデル訪問実施報告他予定打合せ

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

回	日付	時間	氏名	支部名	事業内容（場所）
29	2018/11/13	17:00~19:00	佐藤佳誉子 青木 章子 茂野 美咲 神林 澄子 今井 恵 鳥羽 千鶴	柏 崎	市民プラザ2階 同席：原聡子 平成31年度モデル事業、残りの事業、 訪問現状について
30	2018/11/16	15:00~16:30	菅原 咲 小林由美子 小林裕美子 松田トミ子 橘 妙佳	長 岡	ながおか会計西事務所 第4回在宅栄養ケア事業打ち合わせ会
31	2018/11/27	18:00~20:00	阿部 幸 青木 友美 佐野千代里	三 条	三条市第二庁舎3階会議室 支部在宅担当者打ち合わせ
32	2018/11/27	18:00~20:00	坪井 円香 大平真由美 星野ハツ子 星野 詩子 波田野智穂 川田 智美	上 越	上越市・妙高市在宅医療・介護推進協 議会実務担当者との情報共有
33	2018/11/30	12:30~13:30	金子 久子 国松 鈴子 池原 日和	十日町	十日町市地域ケア個別会議 クロステン レセプションホール
34	2018/12/4	18:30~19:00	神田あち子 久志田順子 蓮田 美江 井上 未来	新発田	豊浦病院 周知とモデル事業の打ち合わせ
35	2018/12/7	19:00~21:00	坪井 円香 大平真由美 星野ハツ子 星野 詩子	上 越	上越市市民プラザ 実務担当者研修会（12/11）の事前打 ち合わせ
36	2018/12/17	12:30~13:30	酒井 常子	魚 沼	小出ボランティアセンター多職種・理 学療法士同席
37	2018/12/18	12:30~13:30	本間 昌美	新発田	新発田市役所 管理栄養士同席
38	2018/12/19	11:45~14:45	佐藤佳誉子 青木 章子 今井 恵	柏 崎	柏崎市民プラザ 同席：原聡子 ①在宅医療訪問栄養指導の書式検討 ②医師会及び在宅推進センターへの依 頼方法の確認
39	2018/12/20	18:00~20:00	長谷川美代 西野 真弓 川村美和子 齊藤 幸子 牧野 令子 伊藤 知子 入山 八江	新潟市	新潟県栄養士会104号室 ・在宅訪問対象者向けパンフレットに ついて ・地域包括個別ケア会議と訪問担当 管理栄養士の 連携について

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

回	日付	時間	氏名	支部名	事業内容(場所)
40	2018/12/27	18:00~20:00	坪井 円香 星野 詩子 高橋 洋平 羽山 純一	上越	上越市市民プラザ：上越地域版「嚥下調整食一覧(仮)」の作成、および共通媒体を用いた情報共有の計画
41	2019/1/11	17:30~18:30	藤ノ木恵美子 蕪木 康子 瀬下美奈子	十日町	十日町保健所相談室 十日町栄養サポートシステムのPR活動 大淵内科クリニックとの契約成立
42	2019/1/15	12:30~13:30	本間 昌美 山田 祥子	新発田	新発田市役所 理学療法士同席 訪問指導について懇談
43	2019/1/27	18:30~20:30	高橋 洋平 羽山 純一 星野 詩子 星野ハツ子 大平真由美 坪井 円香 押山 晶子	上越	上越市民プラザ ・上越支部・今年度の訪問ケア事業の計画案について ・研修会開催について打ち合わせ ・上越版・嚥下調整食一覧表作成について
44	2019/1/31	16:00~18:00	阿部 幸 竹内 祥子 佐野千代里 青木 友美	三条	三条東公民館 ・三条支部役員会：今年度の在宅ケア事業計画案について 多職種連携について、今年度の事業進捗状況について。
45	2019/2/7	12:30~13:30	齊藤 幸子	新潟市	弥彦村役場 理学療法士同席
46	2019/2/11	12:30~13:30	伊藤 知子 折居千恵子 清田優理香 安達 大子 青木 友美 金子 久子 小池 雅子 川島 浩子 酒井 常子 蓮田 美江 齊藤 幸子 国松 鈴子	新潟市	アートホテル新潟駅前 ・多職種連携による訪問指導情報の共有について、その方法 ・地域ケア個別会議と在宅訪問事業の課題の共有について ・今後の人材育成の内容について。
47	2019/2/14	12:30~13:30	宮村 愛	新発田	胎内市役所 理学療法士同席 訪問ケアについて懇談
48	2019/2/19	12:30~13:30	小幡 郁子	魚沼	小千谷市役所 理学療法士同席 訪問ケアについて懇談
49	2019/2/19	12:30~13:30	入山 八江	新発田	新発田市役所 理学療法士同席 訪問ケアについて懇談
50	2019/2/20	9:00~12:00	青木 章子 今井 恵	柏崎	柏崎保健所 同席：原聡子 柏崎推進センターへ提出する提案事項の打ち合わせ

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

回	日付	時間	氏名	支部名	事業内容(場所)
51	2019/2/28	12:30~13:30	山田 祥子 伊藤 知子 入山 八江	新潟市	五泉市保健センター 多職種・理学療法士と懇談
52	2019/2/28	18:30~20:30	高橋 洋平 羽山 純一 星野 詩子 大平真由美 坪井 円香	上越	上越市市民プラザ 事業推進打ち合わせ
53	2019/3/11	15:00~16:00	折居千恵子 長谷川美代	新潟市	新潟県自治会館 多職種・言語聴覚士同席
54	2019/3/11	16:00~16:15	藤ノ木恵美子 蕪木 康子 瀬下美奈子	十日町	十日町情報館 十日町市介護支援専門員協議会総会にて協力依頼説明。
55	2019/3/19	19:00~20:00	佐藤佳誉子 今井 恵	柏崎	柏崎元気館 同席:原 聡子 3/9研修の反省会と次回の企画

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

3. モデル【訪問栄養食事指導実施】

モデル症例一覧 新潟市 上越 三条 村上 新発田 柏崎 長岡 魚沼 十日町

	氏名	年齢	性別	連携先	家族構成	病名	依頼内容	介護度	回数	管理栄養士
1	S.A	83	男	クリニック	夫婦	脳血管障害・認知症	摂食嚥下障害の調理法	要介護5	3	牧野 令子
2	E.U	92	男	クリニック	夫婦	敗血症（経管栄養）	嚥下障害・食欲低下	要介護5	3	牧野 令子
3	Y.R	82	女	クリニック	親子（娘）	糖尿病・リウマチ	糖尿病の食事指導	要介護5	3	牧野 令子
4	N.T	69	男	ケアマネ	5人暮らし	脊髄空洞症	低栄養で家族が心配	要介護2	3	牧野 令子
5	W.T	83	男	クリニック	夫婦	悪性リンパ腫・閉尿	今の栄養量でよいか確認	要介護5	3	牧野 令子
6	K.S	56	女	訪看	夫婦	糖尿病・肥満	血糖値上昇と食生活指導	認定なし	3	斎藤香代子
7	K.N	68	女	クリニック	3人暮らし	遺伝性脊髄小脳変性症	摂食嚥下障害で低栄養	要介護3	3	中田 理恵
8	Y.R	86	女	ケアマネ	親子（息子）	高血圧・骨粗鬆症	フレイル・低栄養の為の指導	要支援1	3	西野 真弓
9	Y.T	83	女	調剤薬局	独居	糖尿病・高血圧	糖尿病であるが食事が不安定	要介護2	3	畠山 恵
10	T.K	88	女	調剤薬局	夫婦	糖尿病（インスリン）	血糖コントロール不良	要介護2	3	山田・牧野
11	T.Y	64	男	ケアマネ・歯科	夫婦	脳出血・尿路感染	嚥下障害低栄養の為食形態安定	要介護5	4	川村・清野
12	H.K	85	男	ケアマネ	3人暮らし	認知症	体重増と夕食のバランス悪い	要介護4	2	西野 真弓
13	E.K	75	女	ケアマネ	夫婦	Ⅱ型糖尿病・脳梗塞後遺症	退院後体重増加と血糖値上昇	要介護4	3	鬼立絵梨子
14	K.K	85	女	訪看	親子（息子）	尿路感染症・肺炎	口舌ジスキネジア嚥下障害で食形態	要介護5	3	畠山 恵
15	K.S	94	女	訪看	3人暮らし	糖尿病・喘息	食欲亢進の為適正な食事量・調理法	要介護4	3	石橋 萌
16	M.S	90	男	ケアマネ・歯科	夫婦	右被殻出血・脂質異常症	ヘルパーと夫に適切な栄養量・食形態	要介護3	4	斎藤香代子
17	N.Y	70	男	クリニック	夫婦	高血圧症・骨粗鬆症	顕著な体重減少で低栄養状態	要支援1	3	西野 真弓
18	K.T	75	男	クリニック	3人暮らし	胃癌・膵臓癌・糖尿病	血糖値上昇・間食多いので指導を	介護認定なし	3	清野・川村
19	M.M	88	女	ケアマネ	3人暮らし	咽頭がん・認知症	咽頭部出血後の食事が進まず不安	要介護2	2	川村美和子
20	K.A	85	女	調剤薬局	5人暮らし	糖尿病・左心房肥大・眼底出血	血糖コントロール不良	要支援2	3	牧野 令子
21	W.H	70	男	病院	3人暮らし	左大腿骨頸部骨折・胃切除後	胃切除後であり低栄養	要介護4	2	石山 優子
22	N.E	46	女	ケアマネ	5人暮らし	脳幹出血・症候性てんかん・うつ	体重増加につき減量	要介護4	1	川村美和子
23	T.N	80	男	ケアマネ	夫婦	頸髄硬膜外膿瘍による横断性脊髄症	BMI28.6と肥満あり、便秘症	要介護4	1	川村美和子
24	O.Y	76	男	ケアマネ	夫婦	筋ジストロフィー	食形態と食事量の安定	要介護2	2	川村美和子

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

モデル症例一覧 新潟市 上越 三条 村上 新発田 柏崎 長岡 魚沼 十日町

	氏名	年齢	性別	連携先	家族構成	病名	依頼内容	介護度	回数	管理栄養士
25	I.S	69	男	クリニック	6人暮らし	糖尿病・慢性腎臓病・人工透析	体重増を防ぐ・血糖値・カリウム値安定	要介護4	3	星野ハツ子
26	Y.K	78	女	ケアマネ	独居	脊柱管狭窄症	独居で冬場の買い物不可で偏食	認定なし	2	阿部 幸
27	M.K	74	女	ケアマネ	独居	変形性膝関節症	体重増加のため減量を依頼	認定なし	2	阿部 幸
28	T.S	80	男	病院	夫婦	進行性核上性麻痺	退院後の食形態のアップを依頼	要介護4	3	横山・宮村・須貝
29	M.I	75	女	ケアマネ	独居	高血圧・骨粗鬆症・小児麻痺	骨粗鬆症の指標数値低下、食事の助言	要支援1	2	井上 未来
30	H.I	77	女	訪問看護	5人暮らし	パーキンソン病・大腿骨転子部骨折	現在の食事で大丈夫か	要介護4	1	蓮田 美江
31	T.A	92	女	ケアマネ	親子(息子)	脳梗塞後遺症	ミキサー食で体重増をめざす	要介護5	1	竹内 洋子
32	T.W	74	男	訪看	6人暮らし	多系統萎縮症	経管栄養・1食のみ経口摂取の指導	要介護5	1	蓮田 美江
33	K.K	82	女	ケアマネ	5人暮らし	糖尿病	血糖値コントロール不良	要支援2	2	井上 未来
34	K.T	85	男	ケアマネ	夫婦	糖尿病	インスリン加療中で血糖コントロール悪化	要支援2	2	久我千代子
35	T.K	73	女	ケアマネ	親子(息子)	脳梗塞後遺症・気管支炎等	低栄養の改善	要介護2	1	関田 美恵
36	O.Y	93	女	ケアマネ	親子(娘)	慢性心不全	低栄養の改善と食事アドバイス	要介護3	1	青木 章子
37	S.Y	90	女	ケアマネ	5人暮らし	慢性気管支炎・神経因性膀胱炎	嚥下障害の食事と低栄養	要介護5	1	藤田 庸子
38	S.H	80	男	クリニック	夫婦	脳梗塞・高血圧症	栄養アセスメント・調理指導	要介護3	2	藤田 庸子
39	O.M	85	男	ケアマネ	独居	リウマチ・脂質異常症・境界DM	独居で食事作りに不安で相談	認定なし	1	小林裕美子
40	K.K	71	男	ケアマネ	独居	糖尿病・膵頭部癌・多発性肺転移	体重減少	認定なし	1	高橋 友美
41	H.A	93	女	歯科医師	親子(娘)	膀胱がん	低栄養が心配	要介護3	1	高橋 友美
42	Y.O	92	女	歯科医師	施設	低栄養・骨粗鬆症	体重減少	認定なし	1	高橋 友美
43	T.K	70	男	ケアマネ	独居	痛風・うつ病	うつ状態で食欲低下・偏食状態	認定なし	1	高橋 友美
44	T.T	73	女	歯科医師	3人暮らし	糖尿病・高血圧・えんげい障害	糖尿病の食事指導と嚥下食の指導	認定なし	1	五十嵐初代
45	E.I	79	女	ケアマネ	親子(息子)	脂質異常症・高血圧・糖尿病	体重増につき、減量指導を依頼	認定なし	1	大平 剛輝
46	K.K	82	女	ケアマネ	5人暮らし	脊髄小脳変性症	低栄養での体重減少	要介護3	3	千喜良たまき
47	T.S	87	男	クリニック	独居	高血圧症・心疾患	低栄養改善と高血圧の為減塩指導	要支援2	2	蕪木康子
48	F.M	75	男	クリニック	独居	脳梗塞・うつ病・認知症・低栄養	低栄養の改善	要介護2	2	蕪木康子

(合計104件)

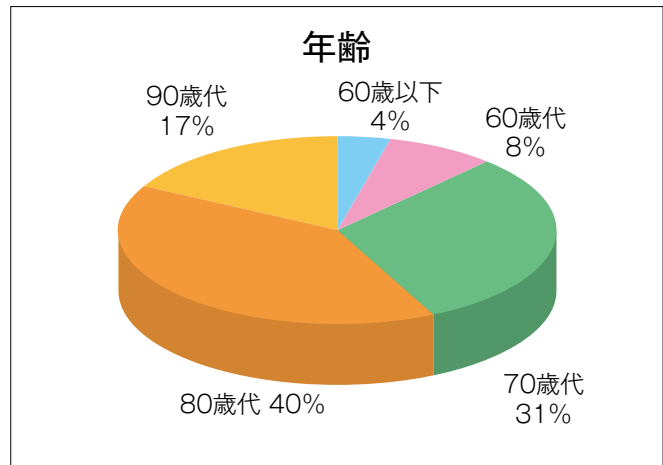
1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

新潟県栄養士会では本年度、多職種と連携し、各職種から訪問栄養食事指導の依頼を行い、新潟県全域で48名、104件のモデル訪問栄養食事指導を行った。
対象者48名の概要を下記のグラフに示した。

1. 年代は80歳代が一番多く40%であり、70歳代が2番目に多く30%であり70歳以上の方の依頼が88%であった。

(名)

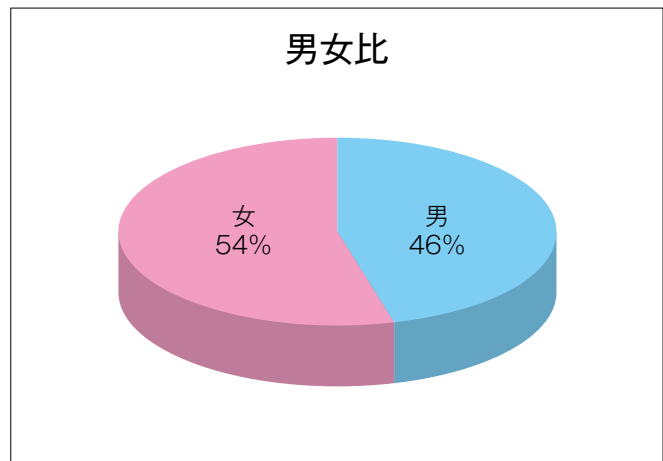
60歳未	60歳代	70歳代	90歳代	90歳代
2	4	15	19	8



2. 男女比は大体半々であった。

(名)

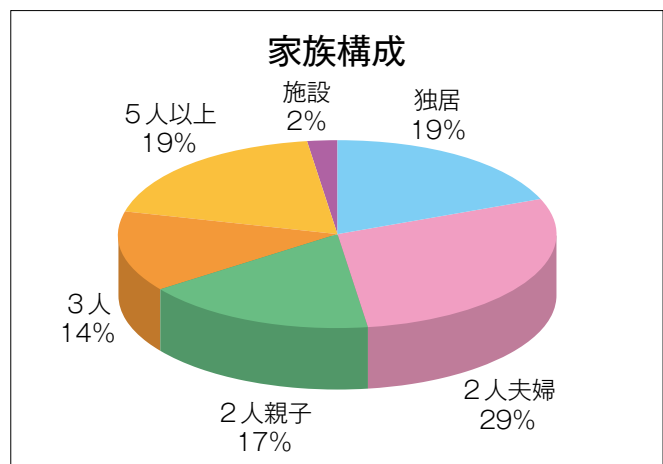
男	女
22	26



3. 家族構成においては独居、高齢の夫婦2人暮らしで78%を占め、老々介護の状況が見えた。

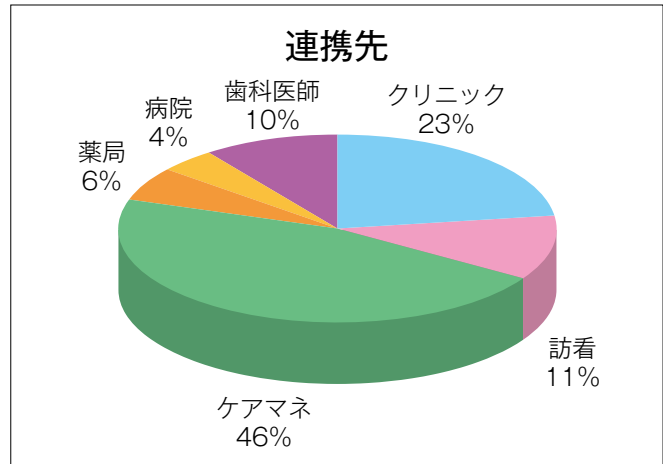
(名)

独居	2人夫婦	2人親子	3人	5人以上	施設
9	14	8	7	9	1



1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

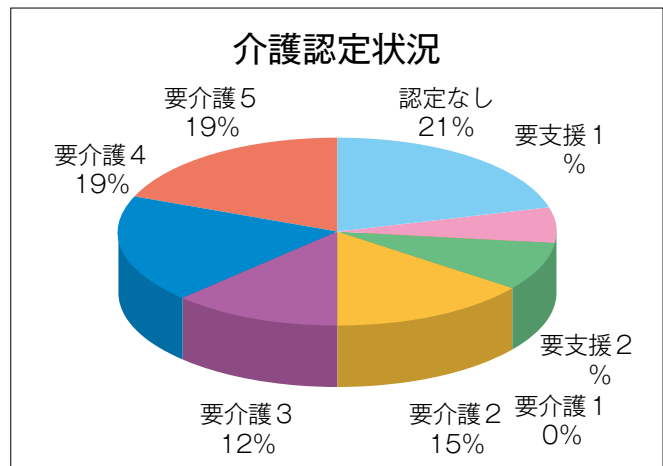
4. 連携先はグラフのとおりケアマネージャーからの依頼が多く、全体の半数近くを占めた。今年度の事業の特徴として、歯科医や調剤薬局など、新たな多職種連携ができたこと、今後は摂食嚥下などのオーダーが多く、歯科医師やSTとの連携が増加するものと思われる



(名)

クリニック	訪問	ケアマネ	薬局	病院	歯科医師
11	5	22	3	2	5

5. 介護認定については要介護4、5で38%を占めた。クリニックの連携では要介護4,5が多く、ケアマネージャーとの連携においては介護認定なしや要支援1～2が多かった。



(名)

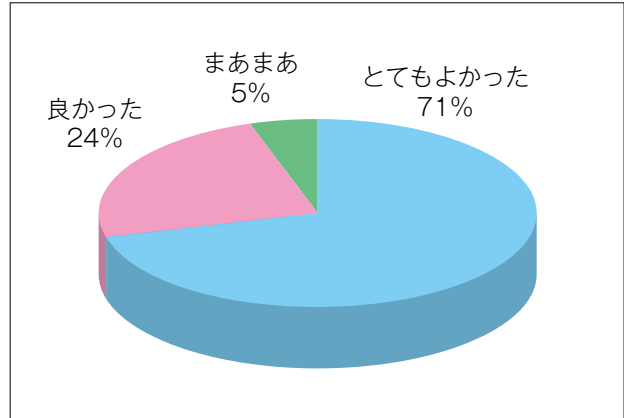
認定なし	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
10	3	4	0	7	6	9	9

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

アンケート結果1（訪問対象者N=21）

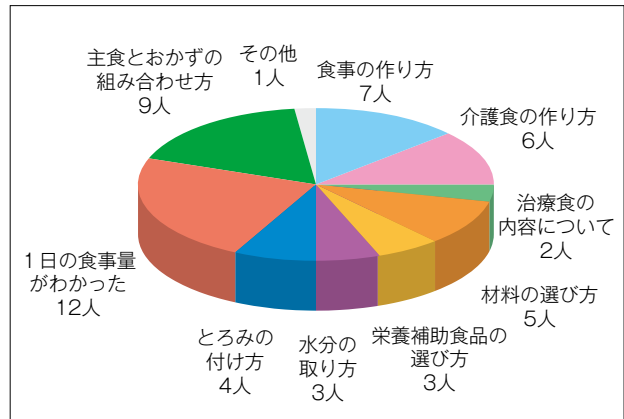
1 管理栄養士による訪問を受けてどうでしたか？

- ① とてもよかった
- ② 良かった
- ③ まあまあ
- ④ あまりよくなかった
- ⑤ 良くなかった



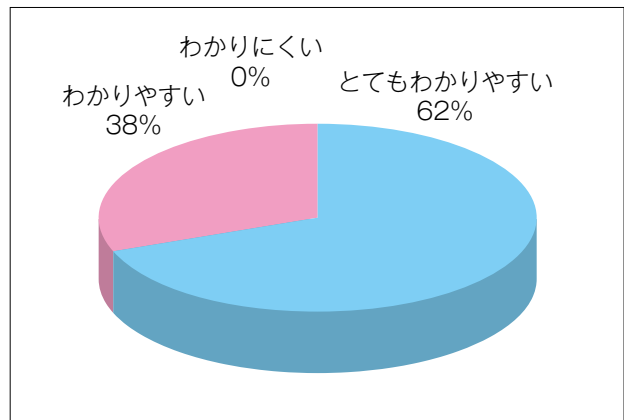
2 どのところが良かったですか？（複数回答）

- ① 食事の作り方
- ② 介護食の作り方
- ③ 治療食の内容について
- ④ 材料の選び方
- ⑤ 栄養補助食品の選び方
- ⑥ 水分の取り方
- ⑦ とろみの付け方
- ⑧ 1日の食事量がわかった
- ⑨ 主食とおかずの組み合わせ方
- ⑩ その他



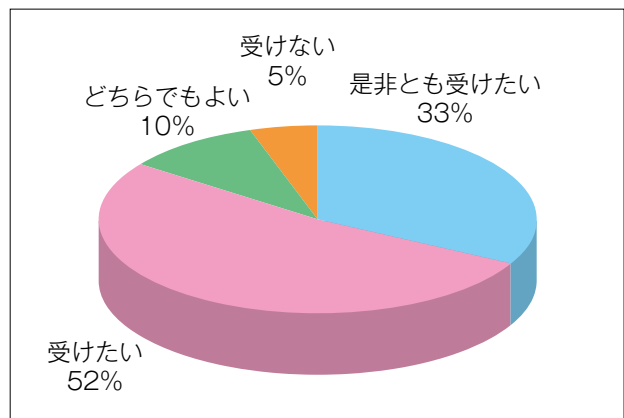
3 管理栄養士が話すことはわかりますか？

- ① とてもわかりやすい
- ② わかりやすい
- ③ わかりにくい



4 今後、機会があれば管理栄養士の在宅訪問栄養食事指導を受けたいですか？

- ① 是非とも受けたい
- ② 受けたい
- ③ どちらでもよい
- ④ あまり受けたくない
- ⑤ 受けたくない



5 指導を受けた感想をお聞かせください

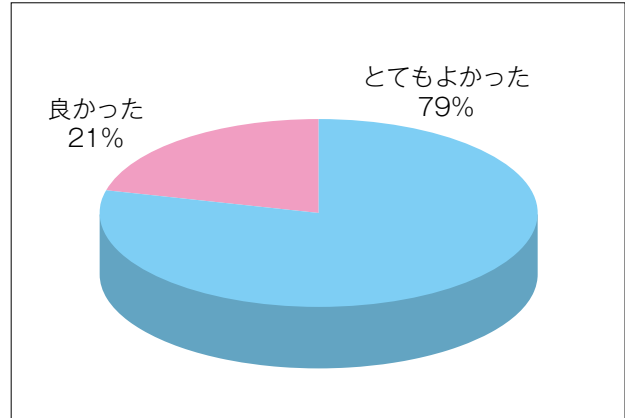
- ・食欲がなかったところ改善した。
- ・食生活を見直すきっかけとなり大変よかった。
- ・下痢など体調不良のときの食材の組み合わせや調理方法を知りたかった。
- ・無理のない食事の増やし方のアドバイスがよかった。
- ・大変参考になり感謝申し上げます。
- ・勉強になり有り難く思いました。機会があれば又指導受けてメニューを増やしたい。
- ・指導してもらったのはよかったが、指導終了すると元に戻るかも・・・
- ・お金の心配がある。
- ・ありがとうございました。
- ・丁寧にわかりやすく指導していただきありがとうございました。
- ・データ等を基に具体的に教えていただき、バランスや1日の摂取量や摂取カロリーの大切さを改めて考えさせられました。
- ・指導いただいた食事の基本を大切に介護にあたりたいと思います。有難うございました。
- ・自分の食事はこれで良いと思っていたが、食事指導で低栄養のリスクのある食事とわかった。
- ・ヘルパーさんと協力して改善できた。
- ・介護食の作り方、食べさせ方、の指導の他、病人との接し方など色々学ばせていただきました。お話しているだけで心が休まりました。
- ・経管栄養中であり、経口からの食事摂取の意欲につながる接し方をしていただいた。家族では限界があり、別な方面からの促しは助かった。
- ・家族の介護力や本人の問題がある中で、自宅で困っていることの助けになっていただけると力強いです。
- ・今後の栄養指導の希望については、患者本人の意欲の問題が大きくなるともいえない。
- ・本人、家族ともに家で過ごしたい気持ちは強くとも、色々問題が起こると、情けなくなる。専門家の方に来ていただけるのは大変ありがたい。
現在の栄養が足りていると話してもらい安心しました。
- ・本人や家族に言えない毎日の苦勞を聞いてもらうことができ本当に良かった。
- ・食事についての話し相手が欲しかった。ゆっくりと調理実習ができる時間が欲しかった。

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

アンケート結果2（訪問対象者N=19）

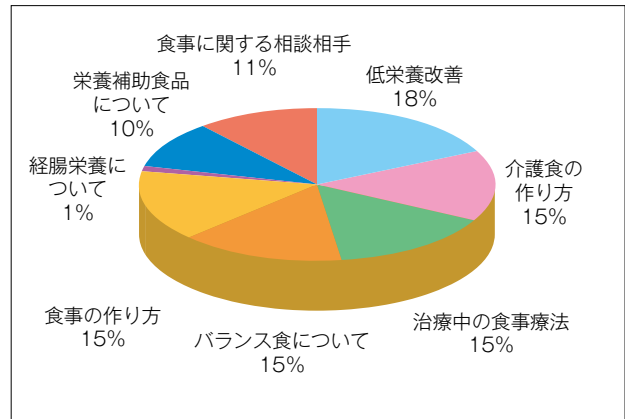
1 管理栄養士による訪問を受けてどうでしたか？

- ① とてもよかった
- ② 良かった
- ③ まあまあ
- ④ あまりよくなかった
- ⑤ 良くなかった



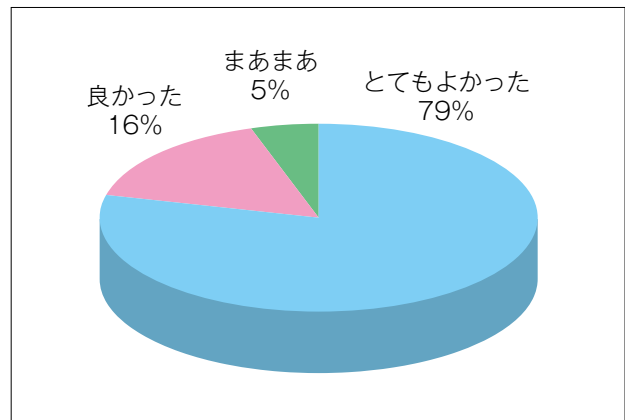
2 在宅訪問栄養食事指導の中でどの項目で連携をとりたいと思いますか？

- ① 低栄養改善
- ② 介護食の作り方
- ③ 治療中の食事療法
- ④ バランス食について
- ⑤ 食事の作り方
- ⑥ 経腸栄養について
- ⑦ 栄養補助食品について
- ⑧ 食事に関する相談相手



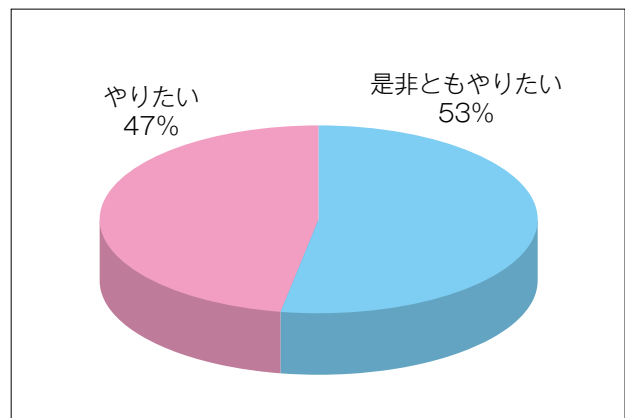
3 管理栄養士は訪問対象者（家族）とコミュニケーションがとれていたと思いますか？

- ① とてもよかった
- ② 良かった
- ③ まあまあ
- ④ あまりよくなかった
- ⑤ 良くなかった



4 今後、機会があれば管理栄養士と連携して在宅訪問栄養食事指導をかかりつけ医に依頼しますか？

- ① 是非ともやりたい
- ② やりたい
- ③ どちらでも良い
- ④ あまりやりたくない
- ⑤ やらない



5 今後、在宅訪問において管理栄養士にどのような活動を期待しますか？

- ・多職種連携のチームの一員として色々な意見を受けながら参加していただきたい。
- ・市販品を組み合わせた介護食の料理教室をお願いしたい。
- ・単なる食事指導でなく、利用者の生きる意欲を育む支援です。
- ・他の利用施設の管理栄養士さんとの連携、指導活動を期待します。
- ・ケアマネージャーのアセスメントには本人の食生活、栄養管理は非常に重要な部分だと思う。連携を図りながら支援したい。
- ・本人からは、実際にガスコンロや食材を持参して目の前で調理してもらい良かったと話していた。今後も是非お願いしたい。
- ・食事が摂れない、体重減少等原因が医療的要因でない場合の相談やその反対に疾病にあった食事指導
- ・病気は医師から説明をうけられますが、食事については、在宅が長期になると大切とわかっていても実行が伴わなく、自分に甘く評価してしまう。
- ・介護者は栄養や食事について専門のアドバイスがないまま毎日の生活をおくり、検査数値に不安を感じています。
- ・定期的に自宅で食事の相談ができれば、生活のふりかえりができます。
- ・栄養管理が必要な方へ在宅訪問で食事作りの指導
- ・病院、施設では学会分類をしきりに話題にしますが、在宅では、ほぼ困難。在宅の物を使って、いつも自宅で食べられたものが食事と思います。
- ・開業医の方達にもっと知っていただく。糖尿病など食事療法を続けなければならない患者さんを継続的に食事指導してもらえば、治療に効果をもたらすと思います。
- ・訪問看護で食事指導をすることがありますが、時間の都合上、きちんと指導できないことがあるため、管理栄養士の方に訪問していただくと良いと思います。
- ・高齢でも簡単に作れる栄養の摂れるメニューの一覧表があると良いと思った。惣菜利用方法を教えていただきたい。
- ・在宅ケアチームの一員として多職種連携をおねがいしたい。
- ・調理のアドバイスやメニューを在宅の生活状況を理解しての助言を希望。
- ・レトルト食品の購入などは他職でも行えるので栄養士さんならではの助言をお願いします。
- ・在宅ではデータが完全にそろっていることが少なく、多職種の力を最大限発揮できるようなチーム作りを目指したい。お力をお貸してください。
- ・常食でない在宅の方のメニュー相談をお願いしたい。
- ・地域での講演や指導等
- ・要支援、要介護状態の方の食事支援、例えば低栄養の判定を行い支援に入ってもらうなど。嚥下について等
- ・疾病による食事療法以来、食が細くなった方に対し1日3回必要なエネルギー、たんぱく質等必要となる食品の指導、個別相談、介護者にアドバイスは参考になりました。
専門の方の在宅訪問は、今後も必要と思います。
- ・もっと栄養士さんが食事指導を行うと、1人でも多くの方が健康に近づけるのではないかと思います。栄養士さんの在宅訪問が広がる事を願っています。
- ・今回の指導ではわかりやすく病気と食事についてや自宅で妻が可能な調理方法や本人が注意すること等丁寧に説明を受けました。
- ・この度はありがとうございました。指導を受けた利用者本人様、御家族様はとても参考になったご様子でした。
- ・今回はミキサー食の方へ訪問指導していただき、とても心強かったですし、食生活について多くを語らなかつたご家族に対して、細やかに対応していただき、私自身も介護食への理解を深めることができました。ありがとうございました。
- ・今回の内容でとても満足しております。
- ・今回は訪問リハビリ、デイサービス、ショートステイ、福祉用具、訪問介護、医療、ケアマネ、家族と多くの人達と関わったケースです。残念ながら結果は改善されせんでしたが、家族の意識づけにはなったと思う。

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

4. 訪問指導支部代表者会議 1回(18人)

日付	時間	氏名	支部名	事業内容(場所)
2018/7/5	13:30~16:30	藤ノ木恵美子 瀬下美奈子	十日町	会場：新潟ユニゾンプラザ 4階小研修室4 第2回 平成30年度・事業計画案の説明会 各支部代表者1~2名を対象に事業内容を説明。
		井上 未来 蓮田 美江	新発田	
		今井 恵 佐藤佳誉子	柏崎	
		横山 麻子	新発田	
		峰嶋由美子	三条	
		星野ハツ子 坪井 円香	上越	
		佐々木あや子	佐渡	
		千喜良たまき 柳 真紀	魚沼	
		松田トミ子 青木 健児	長岡	
		入山 八江 川村美和子 牧野 令子	新潟	

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

5. 在宅栄養ケア推進委員会

場所：栄養士会 104号室 計12回（23名+43名同席=66名）

回	日付	時間	氏名		事業内容
			出席	同席	
1	2018/6/21	13:00~14:30	入山 八江 稲村 雪子 計5名	伊藤 知子 牧野 令子 川村美和子	第1回 7月5日支部代表者会議事前検討会議 平成30年度事業推進各支部伝達事項について
2	2018/7/12	13:00~14:30	入山 八江 計4名	伊藤 知子 川村美和子 浅見 映子	第2回 進捗状況の報告・各支部郡市医師会への訪問実施徹底
3	2018/8/23	13:00~14:30	入山 八江 稲村 雪子 計5名	牧野 令子 川村美和子 浅見 映子	第3回在宅栄養ケア推進委員会 平成31年度在宅医療（栄養）推進事業計画案の作成
4	2018/9/20	13:00~14:30	入山 八江 稲村 雪子 計6名	伊藤 知子 牧野 令子 川村美和子 浅見 映子	第4回在宅栄養ケア推進委員会 推進事業の今後のスケジュール
5	2018/10/18	9:30~10:00	入山 八江 稲村 雪子 計6名	伊藤 知子 牧野 令子 川村美和子 浅見 映子	第5回在宅栄養ケア推進委員会 評価委員会の流れ 周知活動の動き
6	2018/11/15	13:00~14:30	入山 八江 稲村 雪子 計6名	伊藤 知子 牧野 令子 川村美和子 浅見 映子	第6回在宅栄養ケア推進委員会 周知活動進捗状況 大研修会 人材育成研修 他
7	2018/12/20	13:00~14:30	入山 八江 稲村 雪子 計6名	伊藤 知子 牧野 令子 川村美和子 浅見 映子	第7回在宅栄養ケア推進委員会 周知活動進捗状況
8	2019/1/4	13:00~14:30	稲村 雪子 計3名	牧野 令子 浅見 映子	第8回在宅推進委員会 進捗状況と今後の対応について
9	2019/1/18	15:30~16:30	入山 八江 稲村 雪子 計7名	牧野 令子 川村美和子 伊藤 知子 久志田順子 浅見 映子	第9回在宅栄養推進委員会 進捗状況と実施計画案の見直し 栄養指導実践集の作成について 新潟市医師会向け訪問栄養食事指導依頼文について
10	2019/2/21	13:00~14:30	入山 八江 稲村 雪子 計7名	伊藤 知子 牧野 令子 川村美和子 久志田順子 浅見 映子	第10回在宅栄養推進委員会 進捗状況・まとめ 人材育成の成果（在宅訪問登録） 第2回評価委員会について事前打ち合わせ
11	2019/3/6	13:00~14:30	入山 八江 稲村 雪子 折居千恵子 計4名	牧野 令子	第11回在宅栄養推進委員会 平成30年度の実施経過と平成31年度計画案について
12	2019/3/28	10:00~11:30	入山 八江 稲村 雪子 計7名	伊藤 知子 牧野 令子 川村美和子 久志田順子 浅見 映子	第12回在宅栄養推進委員会 平成30年度最終報告書作成について 次年度人材育成計画について打ち合わせ

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

②人材育成症例検討会及び修了証書授与

人材育成研修会は4回シリーズで実施した。その後、出席者に対し在宅訪問実施レポート1例の提出を求め、12月末日までに提出してもらい、その中で5例を選出し、症例検討会を開催した。受講者55名のうち、レポート提出者35名、修了証書授与者32名、登録管理栄養士31名（新規19名、継続12名）であった。

症例検討会においては5名の発表者の発表の後、5つのグループ討議を行い、それぞれの症例に対し、より深い討議を行い、グループ別の発表を行い、症例の向き合い方を学ぶ良い機会となった。その後、修了証書の授与を会長から1名ずつ手渡した。

項目	詳細
症例検討会	日時：平成31年1月23日（水） 会場：新潟ユニゾンプラザ 中研修室 参加人数：31名 発表者：5例の症例発表 ①石橋 萌 ②土沼 侑佳 ③西野 真弓 ④島山 恵 ⑤湯本 まゆみ
	グループ討議 ①糖尿病・認知症・義歯の使い方などの問題点について検討 ②独居で心不全・低栄養の療養者で病院退院後の食事指導に関する検討（ヘルパー指導・配食サービス利用など） ③夫婦2人暮らしの世帯で夫が低栄養状態で具体的な改善方法の検討 ④嚥下困難でのミキサー食の形態とメニュー・市販食品提案 ⑤嚥下障害でミキサーやマッシャーを使用した食事作り提案



症例発表



修了証授与

7. 新潟県の訪問管理栄養士登録状況

(新潟県各地域で登録した管理栄養士数=81名)



2. 拠点整備事業

2. 拠点整備事業

支部名	勤務状況	氏名	担当業務
新潟市支部	本部 1 本部 2 本部 3 本部 4	牧野 令子 川村美和子 浅見 映子 久志田順子	コーディネータ コーディネータ 事務補助 コーディネータ
上越支部	月 4~5回交代	篠宮 智子 星野ハツ子 近藤 和子 大平真由美 五十嵐英子	上越支部：電話栄養相談・栄養士会事業の分担
十日町支部	必要に応じて	瀬下美奈子	つまりケアネット (ICT) 患者情報入力
三条支部	必要に応じて	青木 友美 渡辺 真弓 佐野千代里	市民公開講座イベントブース出展

3. 在宅訪問栄養食事指導に係る研修事業

1. 在宅栄養ケア大研修会の開催（新潟市）

本年度の開催にあたっては、栄養士会会員向けに栄養日本11月号に同時封入し、新潟県栄養士会会員及び人材育成研修会参加者及び多職種を対象として研修会を開催した。

項 目	詳 細
在宅栄養ケアのための大研修会	<p>日時：平成30年12月2日（日）午前10時～午後5時 会場：新潟ユニゾンプラザ 大会議室（4階） 参加人数：81名</p> <p>（管理栄養士70名、栄養士3名、薬剤師2名、看護師1名、ケアマネ5名） 講義内容</p> <p>10：05～11：30 講演Ⅰ「口から食べる」を支えるために ～知っておきたい高齢者の口腔環境と機能の知識～ 講師 日本歯科大学新潟生命歯学部口腔外科講座 教授 田中 彰</p> <p>11：30～11：40 休憩</p> <p>11：40～12：30 報告 「地域ケア個別会議と在宅栄養ケア推進事業の進捗状況」 新潟県栄養士会 栄養ケア・ステーション 委員長 牧野 令子</p> <p>12：30～13：30 昼食・休憩</p> <p>13：30～15：00 講演Ⅱ「人生最終段階における医療・ケアについて学ぶ」 ～アドバンスケア・プランニングとは 講師 新潟大学大学院保健学研究科 教授 坂井 さゆり</p> <p>15：00～15：10 休憩</p> <p>15：10～16：30 グループワーク</p>



「在宅栄養ケアのための大研修会」アンケート (H30.12.2)

*該当する職種に○印をつけてください。

職種(管理栄養士・栄養士・薬剤師・看護師・ケアマネージャー・介護士・その他)

1. 本日の研修会の内容について、当てはまるものに○をつけてください

① 「『口から食べる』を支えるために～知っておきたい高齢者の口腔環境と機能の知識」

1 たいへん参考になった 2 参考になった 3 よくわからなかった

② 「人生最終段階における医療・ケアについて学ぶ

～アドバンス・ケア・プランニングとは」

1 たいへん参考になった 2 参考になった 3 よくわからなかった

③ 「グループワーク」

1 たいへん参考になった 2 参考になった 3 よくわからなかった

2. a) 今後、在宅栄養ケアの仕事に従事したいと思いますか(管理栄養士の方へ)

1 思う 2 思わない 3 すでに従事している

b) 現在、在宅の現場で在宅栄養ケアの必要性を感じますか?(他職種の方へ)

1 必要と思う 2 必要性は感じない 3 すでに利用したことがある

3. 在宅栄養ケアについて、今後どのような研修を希望しますか?

本日の研修会について、ご意見ご感想など自由にご記入ください

ご協力ありがとうございました

新潟県栄養士会 栄養ケア・ステーション

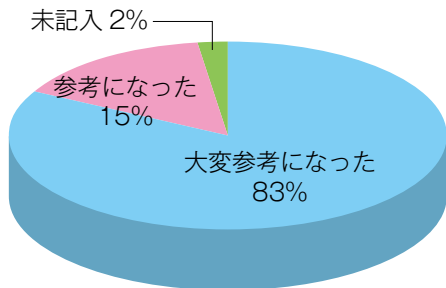
3. 在宅訪問栄養食事指導に関わる研修事業

大研修会に関するアンケート結果

アンケート対象者81名 回収数58枚（回収率～71.6%）

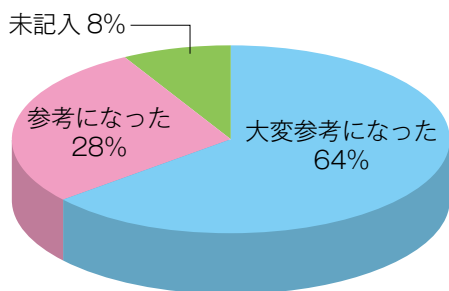
出席者に事前にアンケートを配布し、講義終了後に受付にて回収した。

①「口から食べる」を支えるために～知っておきたい高齢者の口腔環境と機能の知識



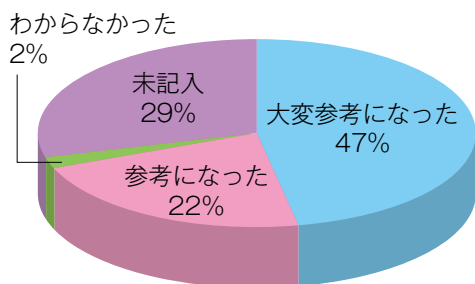
最近の在宅訪問の依頼内容をみると、摂食嚥下の依頼が増えている。今後の在宅訪問栄養食事指導のことを考えると、今回の講演は大変有意義であり、今後VEに立ち会う機会もあり、歯科医師との連携も必須となる。左のグラフからもわかる通り、大多数の人が今後の活動に活かせる講義であったと思われる。

②「人生最終段階における医療・ケアについて学ぶ～アドバンス・ケア・プランニングとは」



アドバンス・ケア・プランニングについては最近の話題である。新鮮な印象を受けたと思う。今回の講義で改めて、このテーマについて講義を受け、クリアーになった思いがした。左のグラフで明らかなように講義を受けたほとんどの人が参考になったという結果であった。

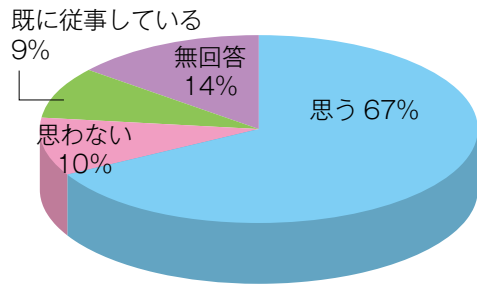
③「グループワーク」



グループワークについては各グループで活発な討議ができ、先生の症例に対し、それぞれの立場で意見を言う場が与えられ、発表も積極的に行うなど各グループとも良い傾向が得られた。

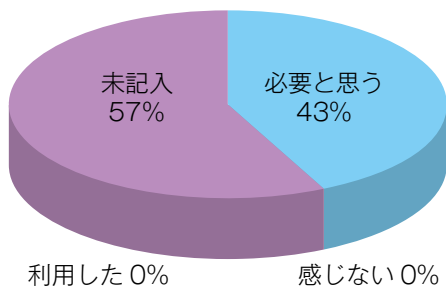
3. 在宅訪問栄養食事指導に関わる研修事業

2. a) 今後、在宅栄養ケアの仕事に従事したいですか？（管理栄養士の方へ）



左のグラフから、今後、在宅栄養ケアの場
に従事したい栄養士が70%近くであった。
栄養士の中でも従事したいという希望もあ
り、現場のニーズも高いのに、なかなか在
宅の現場に積極的に関与できない仕組みの
なか、在宅の現場にでていくシステムの構
築が待たれる。

2. b) 在宅の現場で栄養ケアの必要性を感じますか



未記入が半数を超したが、多職種の方のほ
とんどが在宅栄養ケアの必要性があると回
答していた。在宅へでるルートを開拓して
早急の実績を積みこむ必要がある。



3. 在宅栄養ケアについて、今後どのような研修を希望しますか？

- ・個別ケアのメンバーとして会議に対応できるようなシュミレーション的なワークの体験研修
- ・訪問リハビリの実際・実務に則した研修・実務対応例・実際の現場についての研修
- ・実際の在宅の現場で、どのような指導が行われているのか詳しく聞きたい
- ・在宅栄養ケアを実施し、どのような効果が表れたのかの実務報告
- ・在宅訪問栄養指導をやっていくための手順・準備などを教えてほしい
- ・やりたいと思っているが福祉施設に勤めており、どうしたら在宅訪問ができるのかを知りたい
- ・老健に勤務しているので在宅栄養ケアについて
- ・在宅復帰も考えないといけない時代なので基本を知りたい
- ・嚥下・看取りなどのテーマを知りたい
- ・在宅における糖尿病や腎臓病患者へのアプローチ方法を学びたい
- ・フィジカルアセスメントの研修があると良い
- ・栄養スクリーニング加算、栄養改善加算についての勉強会
- ・グループワークをもっとやったらいいと思う・食事の指導について
- ・他職種との関わり方・コミュニケーション能力・事例検討（栄養部分について）
- ・他職種（STやOTなど）の方々の訪問の様子・その方々が管理栄養士に求めるもの
- ・今回のような他職種の方の在宅医療の取り組みを伺うことは、とても参考になる
- ・口腔ケアのやり方。「歯は大事」と言いながら、義歯の取り扱いやガーゼのふき取りのやり方等

※本日の研修会についての意見や感想

（開催日時について）

- ・土曜日の開催にして頂きたい
- ・12月実施であれば、もう少し時間に終了してほしい（今日は天候が良かったが、そうでないと遠方から参加する人は大変
- ・連休でない日曜日は参加しにくい。今回は内容に興味があって参加した
- ・研修会の時間が長いため、もう少し配慮して欲しい

（グループワークについて）

- ・いろいろな職種の方の話を聞かせていただき、考え方の違いを感じ、とても刺激を受けました
- ・グループワークはAMの方がいいと思う
- ・グループワークが楽しかったです
- ・様々な人とお話が出来て楽しかったです
- ・グループワークが大変良かったと思います
- ・年何回か他職種と今回のように1つの事例に関してグループワークすることが出来ると今後が良い

（その他）

- ・講演Ⅰについて、とても分かりやすく有意義な講演だった
- ・アドバンスケアプランニング、初めてで勉強になりました
- ・坂井先生のやさしさ、素晴しかったです。
- ・在宅栄養の現状がわかり勉強になりました
- ・地域ケア個別会議は見えない対象者を他職種と支援しないと行けなく、きちんと検証しないと大変
- ・訪問栄養指導は施設栄養士の立場から続けてほしいし、件数がupしてほしい
- ・薬剤師会のように実践的な地域個別ケア会議の栄養士会研修をやってほしいです
- ・口腔ケア、ACPについてと、興味深い内容でとても良かったです。話も分かりやすく良かったです
- ・午前も午後もとても参考になりました
- ・とても勉強になりました（3）
- ・とても良い研修会でした
- ・とてもためになりました。ありがとうございました
- ・本日はお誘いありがとうございました

3. 在宅訪問栄養食事指導に関わる研修事業

2. 在宅訪問管理栄養士人材育成研修会の開催

在宅訪問管理栄養士育成の為に人材育成研修会を下記の日程で、栄養士会の会員・非会員を対象に希望する55名に対し、4回シリーズで開催した。

平成30年度在宅医療（栄養）支援事業（人材育成研修会実績）

（第1回～第4回⇒午後1時～午後5時～90分講義を2コマ）

場 所	日 程	内 容	講 師
第1回研修会 新潟ユニゾンプラザ 中研修室	8月16日（木） 午後1:00～5:00 出席者 50名	『在宅医療（栄養）推進事業への取り組み』 『訪問栄養食事指導の実際』 『摂食嚥下診療』	栄養CS 牧野令子 管理栄養士 栄養CS 川村美和子 管理栄養士 魚沼基幹病院 相澤直孝 医師
第2回研修会 新潟ユニゾンプラザ 中研修室	9月14日（金） 午後1:00～5:00 出席者 38名	『施設・病院の食事形態』 『グループ討議』 『摂食嚥下障害と管理栄養士』	みどり病院 石月公美子 管理栄養士 新潟大学医歯学総合研究科 渡邊賢礼 歯科医師
第3回研修会 新潟ユニゾンプラザ 中研修室	10月11日（木） 午後1:00～5:00 出席者 43名	『在宅訪問栄養食事指導報告』（立場の異なる栄養士） パネルディスカッション 『下部尿路機能障害に対するケア』	瀬下美奈子 管理栄養士 星野ハツ子 管理栄養士 小幡郁子 管理栄養士 西村美貴 管理栄養士 新潟医療福祉大学 今西里佳 教授
第4回研修会 新潟ユニゾンプラザ 中研修室	11月8日（木） 午後1:00～5:00 出席者 43名	『地域包括ケア会議での管理栄養士の助言のしかた』 『共に考えましょう、在宅ケアの実践者として』	山形県栄養士会会長 西村恵美子 管理栄養士 前新潟県看護協会常務理事 若槻宏子 看護師



第3回人材育成研修会



第4回人材育成研修会

3. 在宅訪問栄養食事指導に関わる研修事業

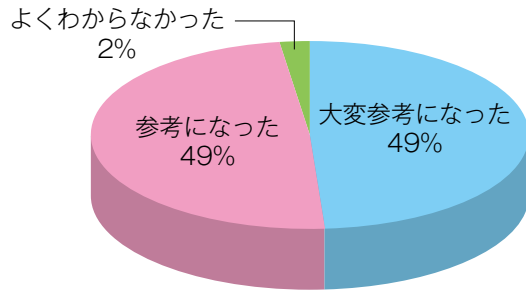
第1回人材育成研修会アンケート集計表（平成30年8月16日）

アンケート回収率 97.9%（47名）

1. 本日の研修会の内容について当てはまるものに○印をつけてください

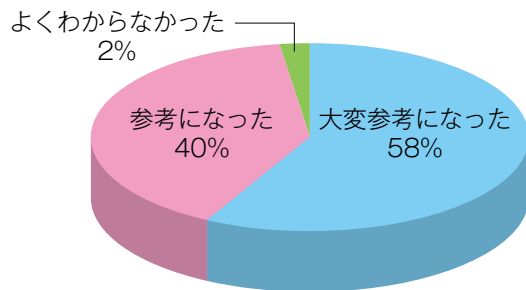
①在宅医療（栄養）推進事業への取り組み

	(名)
1 大変参考になった	23
2 参考になった	23
3 よくわからなかった	1
合計	47



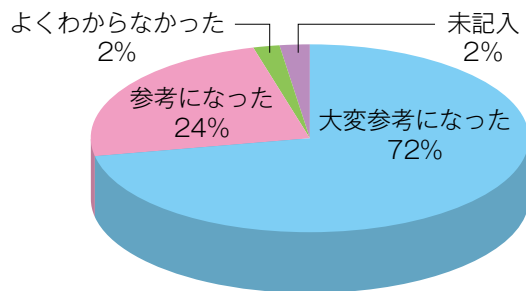
②訪問栄養食事指導の実際

	(名)
1 大変参考になった	27
2 参考になった	19
3 よくわからなかった	1
合計	47



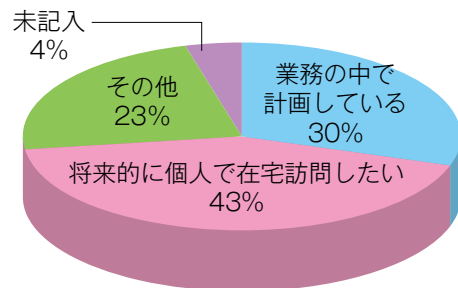
③摂食嚥下診療

	(名)
1 大変参考になった	34
2 参考になった	11
3 よくわからなかった	1
4 未記入	1
合計	47



2. 本日の参加目的についてお答えください

	(名)
1 業務の中で在宅訪問を計画	14
2 将来的に個人で在宅訪問したい	20
3 その他	11
4 未記入	2
合計	47



※意見・感想

- * 訪問管理栄養士の重要性を痛感しました。
- * ケアマネに栄養ケアステーションが認識されていないと思います
- * 実際の症例が聞いて参考になりました。
- * 全体から細部にわたり大変参考になりました。
- * 資料の文字が小さすぎる
- * 事業達成が難しいと感じた。医師への働きかけが大切
- * 指導事例の症例検討を希望
- * いろんな方が参加し楽しみでまた、将来的につながっていきたい
- * 相澤先生の医療の倫理で考えさせられた
- * 訪問栄養の要望が増え、在宅患者の力になりたい
- * 訪問の実際や嚥下の話等知ることができて良かった
- * 多職種連携やチーム医療情報共有など、どんな場面で行うか難しさを感じます
- * 講義の中で新しい知識を得られたことは有意義でした
- * 療養者（人）と人のつながりをうまくできるよう学習したい
- * 嚥下機能の評価は難しい
- * 嚥下機能評価のスケール、実際の症例など参考になった
- * 嚥下の理解が深まった。
- * 自己紹介でいろいろな職歴の方がおり圧倒されましたが大変有意義な時間でした。
- * 栄養士会に所属していなくても研修機会を与えていただき感謝です。
- * 短期入所生活施設と結び付けて言ってみたいです。
- * クライアントの生活の場に入っていく仕事であるので「聴く」ことが大切と感じています。
- * 職を離れ久しいですが在宅訪問の問題点がわかりました。摂食嚥下診療も興味深かった。
- * 摂食嚥下でとても勉強になりました。
- * 在宅医療の課題が理解できました。
- * 参考になりました。
- * 参加者名簿があると良い。
- * 実際の話が聞いて良かった。
- * 自己紹介で自分と同じ人がおり、心強かった
- * 事例や基礎知識も学びたい。
- * 現在の状況がわかり良かった。
- * たくさん学ばせてください。

3. 在宅訪問栄養食事指導に関わる研修事業

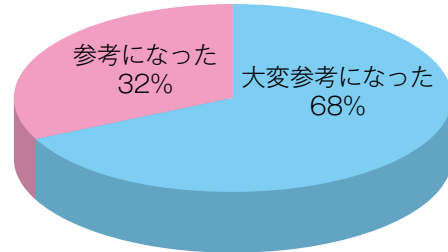
第2回人材育成研修会アンケート集計表（平成30年9月14日）

アンケート回収率 97.4%（37名）

1. 本日の研修会の内容について当てはまるものに○印をつけてください

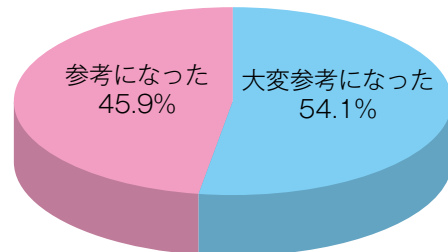
①施設病院の食事形態

	(名)
1 大変参考になった	25
2 参考になった	12
3 よくわからなかった	0
合計	37



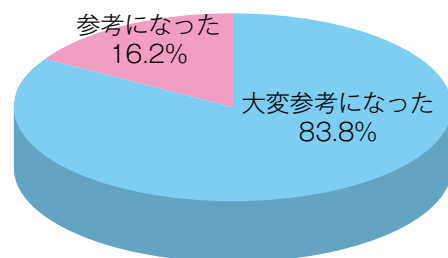
②食形態マップの利用～グループ討議

	(名)
1 大変参考になった	20
2 参考になった	17
3 よくわからなかった	0
合計	37



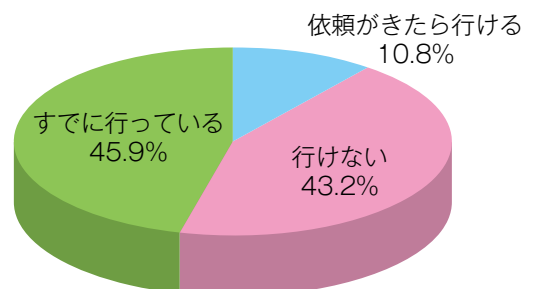
③摂食嚥下障害と管理栄養士

	(名)
1 大変参考になった	31
2 参考になった	6
3 よくわからなかった	0
4 未記入	0
合計	37



2. 本日の参加目的についてお答えください

	(名)
1 依頼がきたら行ける	4
2 行けない	16
3 すでに行っている	17
合計	37



※意見・感想

*行けない理由

- * 自信がない
- * 今後上司と相談予定
- * 在職中の為
- * 勉強不足

*感想・意見

- * はじめて食事形態を知りました
- * 研修を重ねる度に訪問実践をしたい
- * 自分の地域の情報交換ができてよかった
- * 患者の食のバリエーションを増やすための勉強必要
- * 同じ地域の話聞いて良かった
- * 渡邊先生の話はわかりやすかった
- * 実際のトロミや柔らかさを体験したい
- * 訪問に生かせるように勉強したい
- * とても参考になりました
- * 訪問指導報告書の書き方を知りたい
- * 食形態マップは地域で作りたい
- * 渡邊先生の講義良かったです
- * いろいろな話を聞き、参考になりました

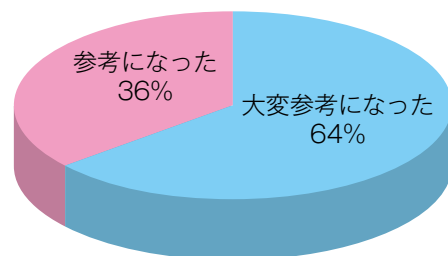
第3回人材育成研修会アンケート集計表（平成30年10月11日）

アンケート回収率 90.7%（39名）

1. 本日の研修会の内容について当てはまるものに○印をつけてください

①立場の違う訪問栄養食事指導報告

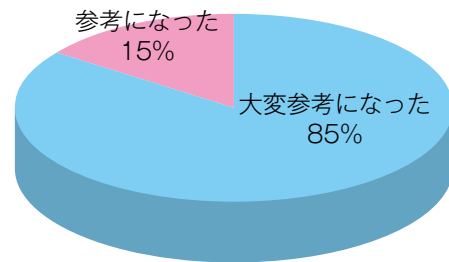
	(名)
1 大変参考になった	25
2 参考になった	12
3 よくわからなかった	0
合計	37



3. 在宅訪問栄養食事指導に関わる研修事業

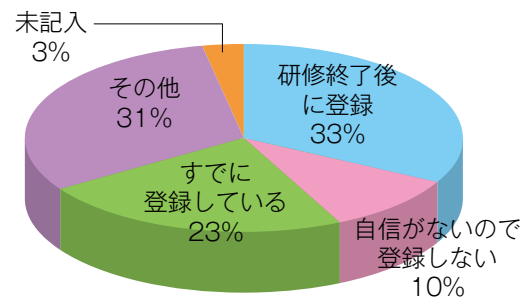
②下部尿路機能障害に対するケア

	(名)
1 大変参考になった	20
2 参考になった	17
3 よくわからなかった	0
合計	37



2. 登録しますか？

	(名)
1 研修終了後に登録	13
2 自信がないので登録しない	4
3 すでに登録している	9
4 その他	12
5 未記入	1
合計	39



※意見・感想

- *実施例は実際の苦労している点がわかり有意義で尿の話は内容的にも参考になりました
- *実例はとても勉強になりました
- *施設に勤務していますがとても勉強になりました
- *下部尿路機能障害は勉強になった
- *どちらの講義も大変勉強になりました
- *実際の訪問報告は大変参考になりました
- *排泄の話ははじめてでとても参考になりました
- *前半のシンポジウムは大変よかったです
- *前半はすべて成功事例ではないことがわかった、後半は初めて聞いたことで参考になりました
- *排尿ケアは内容がよく事例は有意義でした
- *実際の現場の話は参考になりました
- *排尿リハは認知症の方は難しいと思った
- *排泄の講義は自分にも介護の場でも活用したい
- *下部尿路機能障害の話はとても参考になった
- *排泄の話はとても参考になりました

3. 在宅訪問栄養食事指導に関わる研修事業

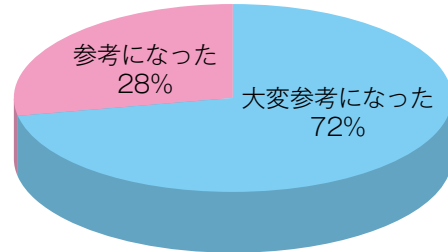
第4回人材育成研修会アンケート集計表（平成30年11月8日）

アンケート回収率 88.6%（39名）

1. 本日の研修会の内容について当てはまるものに○印をつけてください

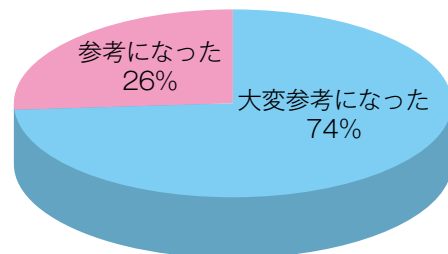
①地域ケア会議での助言者管理栄養士のスキルアップ

	(名)
1 大変参考になった	28
2 参考になった	11
3 よくわからなかった	0
合計	39



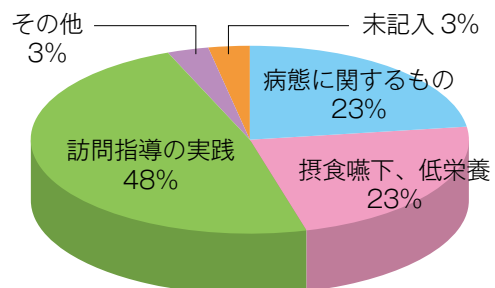
②共に考えましょう、在宅ケアの実践者として

	(名)
1 大変参考になった	29
2 参考になった	17
3 よくわからなかった	0
合計	39



2. 今後の研修会の内容（複数回答）

	(名)
1 病態に関するもの	14
2 摂食嚥下、低栄養	14
3 訪問指導の実践	29
4 その他	2
5 未記入	2
合計	61



※意見・感想

- * 具体的な事例や実践をやっていただきたい
- * 他県の実情を知る良い機会になりました
- * グループワークと発表が楽しかった
- * 他職種との連携が大切だとわかりました
- * 座学とグループワークなどのバランスが良い
- * 在宅訪問の実践例を多くしてもらいたい
- * 訪問にできることが大変なので施設や病院で研修の機会がもてるとよいと思った
- * 地域包括ケア会議など現場ならではの講演が良かった
- * 若槻先生のように他職種の講演良いと思う
- * 新しい知識を得る努力が大切と感じた
- * 普段、学べないことが多く、参考になった
- * 今回は非常に良い内容でした
- * グループワークで様々な話を聞けるので良い
- * 同業者間で事例検討は必要と思う
- * 症例の中でグループ討議をしてアプローチのしかたを学べるとよいと思う
- * 事例検討会を希望します

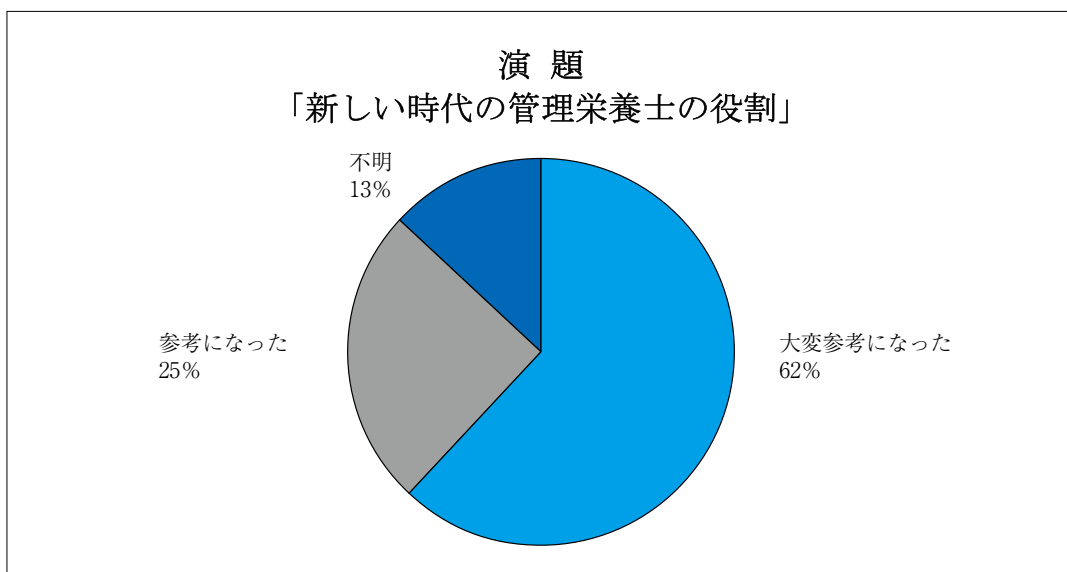
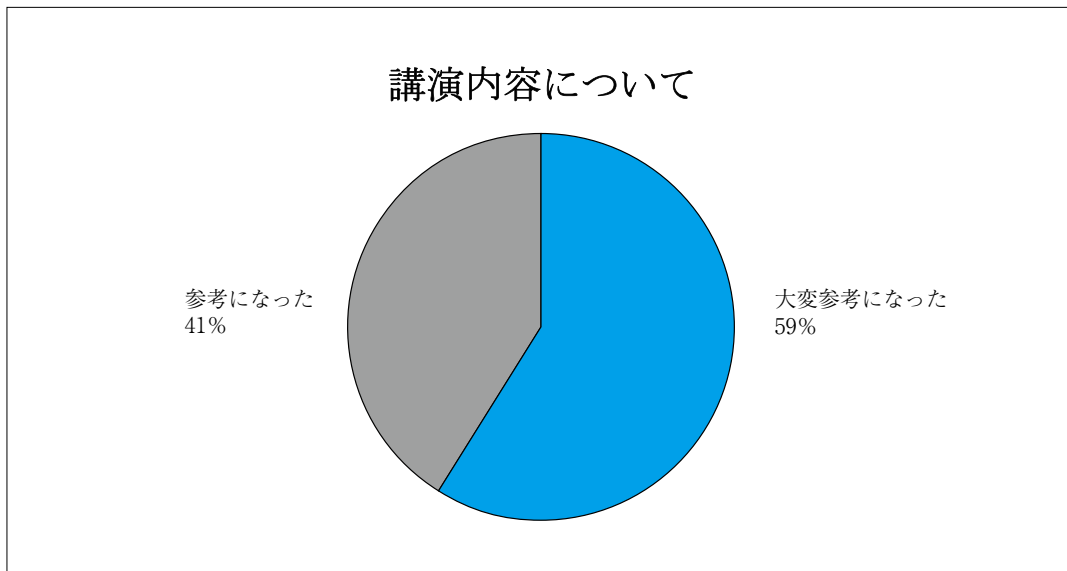
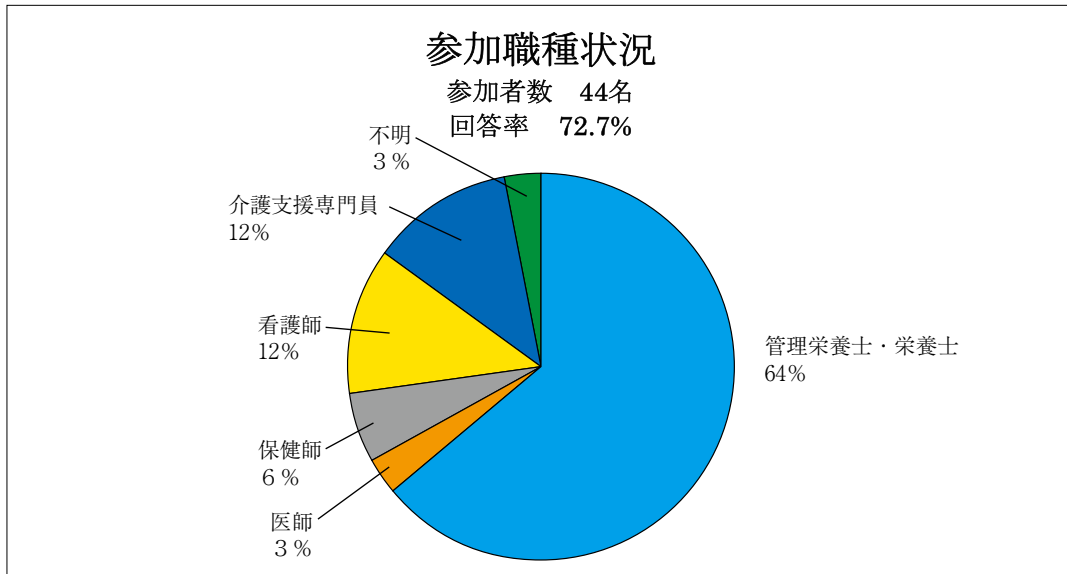
3. 在宅訪問栄養食事指導に関わる研修事業

在宅人材育成研修会

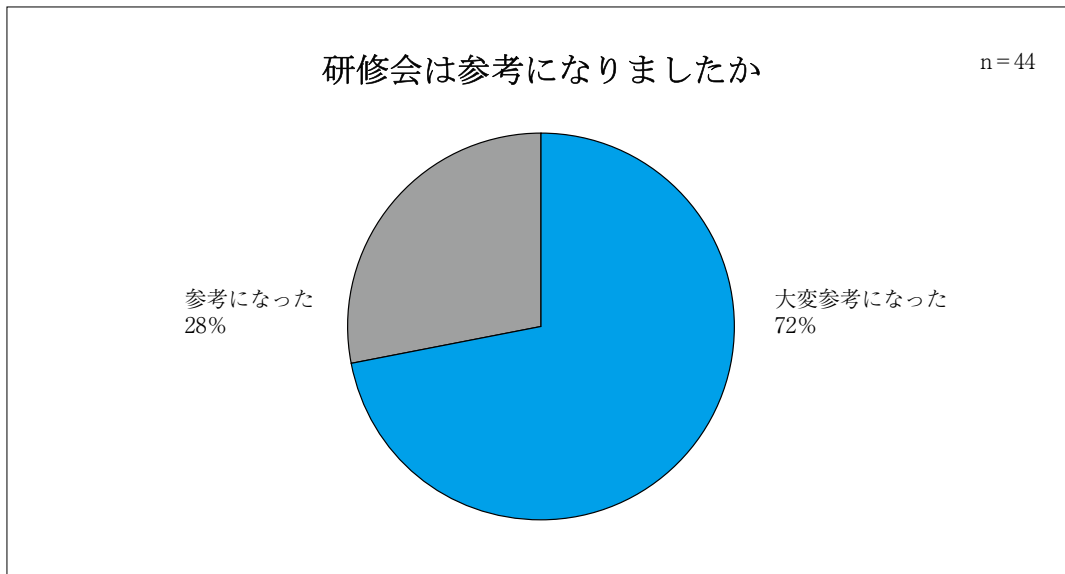
各支部 4会場（受講者数130名）

日付	時間	担当者	支部名	研修内容
2018/11/28	PM	奥村 圭子 村山 千晶 瀬下美奈子 蕪木 康子 村山里江子 飯塚 美里 徳永 昌美 志田 中 川田 芳子 千原 薫 藤ノ木恵美子	十日町	会場：十日町市乘法館視聴覚ホール 「平成30年度在宅栄養ケア研修会」 開催要項別紙 (資料1 アンケート集計) 受講者数44名
2018/11/29	PM	永井 徹	魚沼	会場：南魚沼地域振興局 第一会議室・講堂 「地域包括ケアシステムの 推進に向けた特定給食施設等研修会」 ～医療・介護連携に向けた栄養管理（ケア） プロセスの活用～ 講師：新潟医療福祉大学健康栄養学科 永井 徹 受講者数8名
2018/12/8	PM	小島留美子 青木 健児（講師） 吉原 緑 小林由美子 菅原 咲 小沼 真理 五十嵐初代 松田トミ子	長岡	会場：パストラル長岡 「在宅栄養ケア 人材育成研修会」 受講者数8名
2019/3/2	PM	相沢 直孝（講師） 恩田佳代子 瀬下美奈子 小幡 郁子 本田 恵理 篠原 未希 常山 智佳 原澤友里恵 磯部 澄枝	魚沼	会場：魚沼基幹病院 「魚沼地域摂食嚥下診療研究会」共催研修会 (資料2 アンケート) 受講者数57名

平成30年度 十日町支部在宅栄養ケア研修会 平成30年11月28日 アンケート集計



3. 在宅訪問栄養食事指導に関わる研修事業



研修会参加者からの意見、感想。

- ・ 栄養ケアについて勉強させていただきました。今自分に何ができるか考えさせられました。行政との連携が難しいですが、とても必要と思います（管理栄養士）
- ・ 十日町支部のみなさんは本当に熱心に取り組んでおられていて、一緒に研修会に参加出来て、ありがたかったです（管理栄養士）
- ・ 栄養パトロール、なるほどと思いました（管理栄養士）
- ・ 十日町病院からのオーダーの出し方はとても素晴らしくうらやましい（管理栄養士）
- ・ 施設でも、やっぱりデイを利用されている方の（独居）食事を見に行きたいと思いました（管理栄養士）
- ・ 年に何回もやっていただくとありがたいです（管理栄養士）
- ・ この分野はあまり知らない分野なので研修会等に参加するたびに新しいことを知ることが出来て勉強になります。自分自身も年を重ね、これからの自分自身の問題として生かしたいと思います（管理栄養士）
- ・ 自分の地域の良い仕組みを再確認してみたいと思いました（管理栄養士）
- ・ 十日町病院との連携・システムなどもっと詳しく聞きたいと思いました（管理栄養士）
- ・ 在宅栄養事業推進において、管理栄養士として何をどうするのかについて考えさせられました。今後もこのような研修会があるといいです（管理栄養士）
- ・ 在宅訪問栄養士がどのように在宅での栄養指導を行っているかよく理解できました（看護師）
- ・ 最後まで食べることの大切さを知る。十日町市の高齢化は大変と思っている。自分は何ができるか。（看護師）
- ・ 利用者の家に行っても食生活の状態まできちんと確認が出来ていなかったと反省させられた（看護師）
- ・ 職種が違いますももっと真剣に考えていくことが大切と実感。時代が変わっていることを認識し前に進まなければと思いました（保健師）
- ・ デイサービス、ショートステイ先の栄養士の協力を得たい（気軽に相談できる体制があればいいと思う）（介護支援専門員）
- ・ 地域課題の抽出や連携のためのヒントをいただいたように思いました（介護支援専門員）

平成30年度魚沼地域摂食嚥下研究会栄養分科会研修会

(在宅訪問栄養指導にかかる研修推進事業人材育成研修会)

日時：平成31年3月2日(土) 13:30～14:30 魚沼基幹病院 講堂・多目的ホール

グループワーク・アンケートまとめ

1 嚥下食の学会分類に関する講義と試食の感想

- 学会分類について改めて理解した。イメージと違っていたので、施設の分類を見直したい(5)。
- 実際に食べてみて勉強になった(5)。
- 分類があることを初めて知った(2)。
- 介助の時に食事の固さが気になっていたのも勉強になった。
- 既製品を使う目安にもなった。
- 今まで感覚的に作業をしてきた。数字や温度管理を求められても栄養士と調理師では考え方が違うと思った。調理員に伝えることが難しい。調理師にも参加してほしかった。
- 住民に口頭で伝えることは難しい。市民公開講座などで実際に試食してもらおうと伝わると思った。

2 魚沼地域嚥下食形態一覧表を共有して、地域の栄養・食事支援・在宅支援で活用するには？

<どんな場面で活用できるか>

☆施設内共有

- 施設や病院で形態の呼び方が違う。まずは、施設内で栄養士・調理師が情報を共有したほうが良い。
- 外来、病棟、STと共有病棟に各施設の一覧表を置いておくと看護師がサマリーを書きやすい
- 嚥下機能の評価や食形態をアップする際、提供する内容の検討資料になる

☆施設間共有

- 病院から施設に移動する際に、どのようなものを食べていたのかイメージが付きやすいし、事前準備がしやすい(3)。
- 在宅から病院や施設に行く際に、利用者様がどの分類に入るのかがわかる。
- 施設ごとに食形態の名称がたくさんあるので、名称の最後に括弧書きで学会分類コード名があるとイメージしやすい。
- 有料老人ホームへ退院するとき、その施設が嚥下食に対応しているのか不明。

☆多職種間共有(在宅・施設・入退院時などの場面)

- ケアマネがうまく活用できそう
- 他の職種と食形態情報を共有し検討する際の資料になる
- 看護師がサマリーに細かく(具体的に)記載し、転院先(入所先)と情報の共有が可能。
- ケアマネや介護職も学会分類を理解されていると良い

<一覧表を有効活用するために必要な情報や媒体>

☆媒体

- 情報を少なくして、ホームページに載せた方が活用しやすい
- 広報で情報発信⇒栄養指導につながる(在宅訪問栄養指導・外来栄養指導など)

☆情報

- 使用している経腸栄養剤が分かると良い。
- 写真と説明書き（一言で良い）があるとわかりやすい。
- 作り方や詳しい説明があると良い（在宅向け・施設向け）

☆活用

- 栄養士が配置されていない施設で見られると良い。ケアマネも見ることができれば状態がわかる。
- 在宅との連携や在宅訪問栄養指導や在宅支援者に対する情報共有

3 研修会の感想

- 学会分類を見直す良い機会になった。(5)
- お茶のとりみについても作成者によってまちまちなので、きちんとした定義が必要だと思った。
- 嚥下の勉強を改めてしようと思いました。
- 施設ごとに呼び方や名称が同じようでも内容が違うことがわかった。
- 施設・病院・在宅の連携に関する研修会を希望(2)
- 調理師の研修会も必要だと感じた。調理師のネットワークは現在全くない。(2)
- 定期的に開催してほしい
- 在宅での活用。食べる方の楽しみも増える

4 今後、研究会で取り上げてほしいテーマや期待すること・研修会で取り上げてほしいテーマ

- ターミナルケアの食事
- 多職種による症例検討（実際に困っている人）
- ドラッグストア、スーパーで何が売っているか（嚥下食など）情報共有したい
- 外食に出る際、食形態、柔らかさなどの目安を知りたい
- 在宅栄養支援に関すること（かかわり方や手法など）

☆研究会に期待することなど

- 情報共有の場を続けてほしい
- 障害の施設、高齢者、嚥下の人々への声かけをしてほしい
- 調理師にも栄養のことを知ってもらいたい
- 調理師が学ぶ場、研修会がもっとあったら良いと思う。
- 食べるもの温・冷の適した温度で提供すること難しい。
- 地域の栄養や食事支援に関係する多くの職種が参加する機会になるとよい

3. 在宅訪問栄養食事指導に関わる研修事業

3. 人材育成症例検討研修会 7会場（受講者数68名）

日付	時間	氏名	支部名	事業内容
2018/8/6	13:00~14:00	横山 麻子 宮村 愛 須貝 朝子	村上	会場：県立坂町病院・講堂 同席（中川裕子ST） ・訪問栄養指導対象者の入院時の状態の確認・情報の確認 ・STによる「進行性核上性と嚥下障害」の講演 受講者数3名
2018/8/24	17:30~18:30	柳 真紀	魚沼	会場：南魚沼市 魚沼保健所 2F会議室 プチ勉強会 1回目 受講者数8名
2018/9/25	17:30~18:30	瀬下美奈子 柳 真紀	魚沼	会場：南魚沼市 魚沼保健所 2F会議室 プチ勉強会 2回目 受講者数7名
2018/10/14	13:30~15:40	佐藤佳誉子 神林 澄子 茂野 美咲 奈良橋深雪 青木 章子 藤田 庸子 中森 桂子 今井 恵	柏崎市	会場：柏崎市市民プラザ2F調理室 グループワーク「訪問栄養食事指導」 柏崎市刈羽郡医師会 在宅医療推進センター コーディネーター看護師 中森 桂子氏 受講者数19名
2018/12/18	18:30~20:00	蓮田 美江 久志田順子	新発田	会場：豊浦病院 事業説明 豊浦病院 腎臓病食について 受講者数4名
2019/2/22	13:00~16:00	氏名	症例No	在宅訪問症例検討会 会場：新潟ユニゾンプラザ小研修室2 「各支部訪問管理栄養士による症例発表と質疑応答」 ①指導のポイント（症例別の対応・指導知識の研鑽の必要性） ②指導内容の精査（的確に箇条書きにする。） ③検査項目の確認と理解（知識の研鑽の必要性） ④報告書の書き方（わかりやすく、まとめる練習・研修の必要性） ⑤医療知識・介護知識の研鑽の必要性 訪問担当者の症例を検討課題とし、互いに情報交換により、より良い対応策を探る機会とすることができた。活発に症例に対し質問や自分の体験談を発言し、有意義な会であった。 受講者数20名
		瀬下美奈子 藤ノ木恵美子 酒井 常子 柳 真紀 宮村 愛 須貝 朝子 松田トミ子 佐藤 尚美 坪井 円香 星野ハツ子 久我千代子 佐野千代里 阿部 幸 横山 麻子 西野 真弓 久志田順子 入山 八江 牧野 令子 川村美和子 伊藤 知子	No.2、No.3 No.4 No.1 No.5 No.6、No.7 No.8 No.11 No.9、No.10 No.12	
2019/3/11	13:30~15:30	関田 美恵 久我千代子 今井 恵	柏崎市	会場：柏崎保健所 関田恵美、久我千代子管理栄養士より、症例が提示され、検討会を実施。 受講者数7名

3. 在宅訪問栄養食事指導に関わる研修事業

4. 訪問実務担当者研修会 7会場（受講者数173名）

回	日付	時間	氏名	支部名	事業内容（場所）
1	2018/10/18	14:00~16:00	星野ハツ子 小林由美子 小林裕美子 小柳スイ子 橘 妙佳 菅原 咲	長岡	会場：さいわいプラザ 「在宅訪問栄養指導に関わる研修会」 受講者数13名
2	2018/10/26	15:00~16:00	横山 麻子 宮村 愛 須貝 朝子 北林 紘	村上	会場：村上記念病院 今年度実施の訪問栄養指導の内容報告 受講者数5名
3	2018/12/11	13:30~17:00	高橋 洋平 大平真由美 星野ハツ子 坪井 円香 星野 詩子 波田野智穂 五十嵐英子 近藤 和子	上越	会場：上越市市民プラザ 上越地域在宅栄養ケア研修会 ～地域と施設、病院等における「食」を つなげる～ 受講者数16名
4	2019/1/16	13:00~16:00	峰嶋由美子 松田トミ子 星野ハツ子 今井 恵 佐野千代里 坪井 円香 須貝 朝子 阿部 幸 久志田順子 蓮田 美江 宮村 愛 蕪木 康子 藤ノ木恵美子 佐藤佳誉子 入山 八江 川村美和子 牧野 令子 稲村 雪子 伊藤 知子	新潟市	会場：新潟ユニゾンプラザ 研修内容は【別紙1】 1 平成30年度 在宅医療（栄養）推進 事業 訪問実務担当者研修会 「問題点・課題・対応策」 2 かかりつけ医と契約して実施した訪 問指導件数 十日町 90件 上越 7件 受講者数19名
5	2019/1/17	18:30~19:30	蓮田 美江 竹内 洋子 飯沼由香理 井上 未来 南日 厚子 石山 佳代	新発田	会場：新発田市生涯学習センター 平成30年度新発田支部在宅栄養ケア 研修会 「訪問リハビリについて」 講師：言語聴覚士 石山 佳代 氏 受講者数16名

3. 在宅訪問栄養食事指導に関わる研修事業

6	2019/3/8	18:00~20:00	青木 章子 佐藤佳誉子 大橋 庸子 今井 恵 片桐 啓之	柏崎	会場：柏崎健康管理センター 柏崎刈羽摂食嚥下研究会 参加者76人
7	2019/3/22	19:00~20:30	高橋 洋平 大平真由美 羽山 純一 坪井 円香 星野 詩子	上越	会場：高田オーレンプラザ 「上越地域版・嚥下調整食一覧」研修会 研修内容は【別紙2】

〔別紙1〕訪問実務担当者研修会（2019年1月16日）新潟

平成30年度 在宅医療（栄養）推進事業・支部題点・課題・対応策

項目	全体のまとめ
問題点	<ol style="list-style-type: none"> 1. 在宅訪問栄養ケアの窓口の不在 2. 栄養ケア活動と他職種連携の未開拓・連携網の不足 [三条・長岡・柏崎・十日町] 3. 在宅訪問管理栄養士のマンパワーの不足 [村上・新発田・三条・上越] 4. 在宅療養現場における栄養ケア活動への認知度の不足 [十日町・上越] 5. 2年交代の支部役員に本事業の推進体制の周知が難しく、そのために新役員への負担が大きくなること [新発田] 6. 栄養士・管理栄養士における在宅栄養ケアに関する認識度の温度差（職域別による専門分野と在宅栄養ケアとの間には大きな認識の差があり、積極的な参加に結びつかない） [村上・新発田・柏崎] 7. 栄養ケアにおける指導技術ならびにコミュニケーション能力の研修不足 [新発田]
課題	<ol style="list-style-type: none"> 1. ケアマネサイドの在宅訪問指導の要望を医師との連携網の強化により、具体的な訪問栄養指導に繋げるルートについて [新発田・長岡・十日町・上越] 2. 郡市医師会・在宅医療推進センターとの連携の地域差について [新発田] 3. 人材育成研修会の計画案について [新発田・三条・魚沼] 4. 会員間の連携不足について [村上・新発田]
対策等	<ol style="list-style-type: none"> 1. 郡市医師会・在宅医療推進センターとの連携強化を図る。 (連携窓口の明確化) 2. 在宅支援多職種の主催する地域のケア会議に管理栄養士が積極的に参加し連携を強化。 3. 人材育成研修会の充実（新人育成と現任研修の区分・充実） 4. 「地域の栄養士・管理栄養士が全員身近な窓口」を目指して、事業を展開させる。 5. 本事業の目的である「在宅療養者等における疾病の重症化予防、QOLの維持・ 6. 向上を図るため」の本理念を会員に繰り返し周知する

〔別紙2〕

在宅医療栄養推進事業研修会

食べる力に合わせた食事

～地域・職域間連携をつなぐ共有ツール～

【日時】平成31年3月22日（金）
19：00～20：30

【会場】高田公園オーレンプラザ研修室

【参加費/申込】不要



一緒に
考えましょう



【内容】

超高齢社会を迎え、摂食嚥下機能（食べる力）に問題を抱える患者・利用者が多い中、病院、施設で異なる食形態基準や食形態と食種名称の施設間での違いが問題となっています。

こうした問題に対し、日本摂食嚥下リハビリテーション学会「学会分類 2013」が提唱され、診療報酬の文言上でも、それを活用した嚥下調整食の提供や情報共有が推奨されています。

今回、上越地域では「学会分類2013」に基づく「嚥下調整食一覧」を作成。本資料を活用した安全な食形態の提供と地域・職域間連携について一緒に考えていきたいと思えます。

主催:新潟県栄養士会 上越支部

3. 在宅訪問栄養食事指導に関わる研修事業

5. 在宅栄養ケア周知講座 17件 (対象者数559名)

回	日付	時間	氏名	支部名	事業内容(場所)
1	2018/6/5	13:30~15:30	佐野千代里	三 条	会場：燕市老人集会センター 演題：「食べて認知症予防」 対象者：65歳以上・100名
2	2018/7/20	13:30~15:00	星野ハツ子	上 越	会場：上越市市民プラザ 要介護者の栄養改善について 対象者数69名
3	2018/9/15	13:00~14:30	牧野 令子	新潟市	早通健康福祉会館 「ささえーる地域包括ケアネット」 フレイル対策と健康長寿食 北区早通り住民 40名 対象者数40名
4	2018/10/10	10:00~11:30	井上 未来	新発田	会場：新村公会堂 「高齢者の食事について」 対象：介護支援専門員、サービス提供責任者、対象者数12名
5	2018/11/5	14:00~15:30	阿部 幸	三 条	会場：小規模多機能居宅介護施設なでしこ嵐南AOZORAカフェ 老化を遅らせよう！！実践、元気食生活 対象者数9名
6	2018/11/6	13:15~13:45	橘 妙佳	長 岡	会場：高齢者福祉施設フローラ 栄養出前講座 1.低栄養対策 2.介護職 3.訪問栄養指導の紹介 対象者数8名
7	2018/11/20	13:30~15:30	川村美和子	新潟市	グループホームうちの 毎日を元気に過ごすための食事 地域の高齢者・入居者・調理員・ケアマネ 計30名
8	2018/11/27	13:30~14:00	蓮田 美江	新発田	新発田市ボランティアセンター2階研修室 フレイル予防と栄養のとり方 ケアマネージャー計53名
9	2018/12/3	18:00~19:00	柳 真紀	魚 沼	魚沼市小出ボランティアセンター 在宅支援における権利栄養士の活用推進・ 在宅訪問栄養指導の紹介 魚沼市ホームヘルパー計15名
10	2018/12/5	18:00~19:00	酒井 常子	魚 沼	魚沼市小出ボランティアセンター 在宅支援における権利栄養士の活用推進・ 在宅訪問栄養指導の紹介 魚沼市ホームヘルパー計10名
11	2018/12/12	10:00~11:50	牧野 令子	新潟市	エヌ介護サービス新潟センター 在宅訪問栄養指導と介護連携 ケアマネージャー計45名

3. 在宅訪問栄養食事指導に関わる研修事業

12	2018/12/12	19:00~20:30	牧野 令子	新潟市	新潟市総合保健医療センター 「在宅医療・介護連携ステーション中央ご 当地連携研修会」多職種チーム40名
13	2019/1/8	13:30~15:00	牧野 令子	新潟市	中地区公民館 認知症対策「あかしあの 会」定例会 介護職の予備知識 民生委員2看護師1ケアマネ2住民3 対象者数8名
14	2019/1/15	13:15~15:00	入山 八江	新潟市	白根健康福祉センター 新潟市南部地域医療連絡会 第660回『おむすびコロリンの会』 対象者数25名
15	2019/2/8	17:00~18:00	高橋 友美	長岡	特別養護老人ホームいいねか邸 地域交流室 高齢者の体の変化に対応した食事について 看護師40名
16	2019/2/22	17:00~18:00	高橋 友美	長岡	特別養護老人ホームいいねか邸 地域交流室 糖尿病や腎臓病の疾患がある方への食事に ついて 看護師40名
17	2019/3/27	10:00~12:00	清野 恵	新潟市	みずき野東自治会館（西区） フレイル予防と栄養の講話・調理実習 高齢者15名

6. 在宅訪問栄養食事指導実践集作成研修会

目的：在宅医療（栄養）推進事業の一環として、過去6年間の訪問栄養ケア活動における実施計画ならびに具体的な症例を分野別にまとめた実践集を作成し、次に続く事業推進後継者ならびに在宅訪問関係者への啓蒙普及活動の参考資料とすることを旨とする。

併せて、新潟県栄養士会によるフレイル対策、CKD対策、地域ケア個別会議の概要を併記し、栄養ケア活動の全体を網羅することにより、今後の在宅医療（栄養）推進事業の充実に役立てることとする。

執筆分担表

ジャンル別	氏名		担当事例・内容
はじめの言葉	入山 八江		
在宅訪問 栄養食事指導	牧野 令子		全体的な概要と経緯
	星野ハツ子		事例 No.1（透析）
	高橋 友美		事例 No.2（糖尿病）
	瀬下美奈子		事例 No.3（終末期）
	川村美和子		事例 No.4（嚥下困難）
	牧野 令子		事例 No.5 No.6（終末期）
CKD 対策	村山 稔子	新潟市支部	全体的な概要・経緯
	川村美和子		事例 No.7
	牧野 令子		事例 No.8
	松田 トミ	長岡支部	全体的な概要・経緯
	中村シゲミ		
フレイル対策	折居千恵子		全体的な概要・経緯 事例 No.9
	藤田恵美子		
地域ケア 個別会議	伊藤 知子		全体的な概要・経緯
	長谷川美代		南魚沼地域における地域包括ケアシステムの推進に向けた取り組みと行政栄養士の役割
	西野 真弓		
	斉藤 幸子		
地域包括ケアシステムの推進について	磯部 澄枝		
編集委員	稲村 雪子		
	折居千恵子		
	川村美和子		
	牧野 令子		

3. 在宅訪問栄養食事指導に関わる研修事業

在宅訪問栄養食事指導実践集作成研修会 5回 30名

日付	時間	氏名	支部	会議内容
2019/1/30	14:00~16:00	稲村 雪子	新潟市	県栄104号室 訪問指導実践症例集作成会議 作成計画打ち合わせ
		折居千恵子		
		川村美和子		
		牧野 令子		
2019/2/5	14:00~16:00	星野ハツ子		ユニゾンプラザ 訪問指導実践症例集作成会議 1 執筆者の分担について 2 レイアウトとポイントについて 3 作成日程について 4 編集ならびに校正に関する 工程について 5 原稿提出期日について 6 完成期日・印刷について
		高橋 友美		
		瀬下美奈子		
		松田トミ子		
		藤田美恵子		
		長谷川美代		
		西野 真弓		
		斉藤 幸子		
		入山 八江		
		稲村 雪子		
		折居千恵子		
		伊藤 知子		
2019/3/18	17:00~20:00	稲村 雪子	県栄104号室 訪問指導実践症例集作成 原稿の校正作業	
		折居千恵子		
		川村美和子		
		牧野 令子		
2019/3/24	17:00~20:00	稲村 雪子	県栄104号室 訪問指導実践症例集作成 原稿の校正作業	
		折居千恵子		
		川村美和子		
		牧野 令子		
2019/3/25	17:00~20:00	稲村 雪子	県栄104号室 訪問指導実践症例集作成 原稿の校正作業	
		折居千恵子		
		川村美和子		
		牧野 令子		

7. 嚥下調整食一覧表・上越版作成研修会 3回（10名）

日付	時間	氏名	支部	会場・研修内容
2019/3/11	18:30～20:30	高橋 洋平	上 越	上越市市民プラザ 作成打ち合わせ
		羽山 純一		
2019/3/12	19:00～21:00	星野 詩子		上越市市民プラザ 作成打ち合わせ
		高橋 洋平		
		羽山 純一		
2019/3/15	18:30～22:30	坪井 円香		上越市市民プラザ 作成打ち合わせ
		星野 詩子		
		高橋 洋平		
		羽山 純一		
		大平真由美		

上越地域版「嚥下調整食一覧」作成・活用計画

【主旨】

各病院、施設における嚥下調整が必要な食事の形態は、それぞれ施設の基準で取り扱われているのが現状です。各施設、地域間での食形態の情報共有及び連携が課題となっている。

そこで、各施設における食形態の情報共有、連携を図ることを目的に、上越地域の病院及び施設における食事形態について、「嚥下調整食学会分類 2013」に基づく「嚥下調整食一覧」を作成することとした。

施設及び地域、そして多職種と連携を進めていくうえで、関係者が共通の媒体としてこれらを活用することで、対象者にとって安全な食形態の提供を実現し、さらなる QOL の向上及び健康増進に寄与するとともに、地域包括ケアシステムの構築を目指すこととする。

【実施主体】

公益社団法人新潟県栄養士会上越支部

【方法】

1. 調査表の送付、入力

調査表は、日本摂食・嚥下リハビリテーション学会提唱「嚥下調整食学会分類 2013」に基づいて、中越 NST 摂食嚥下部門が作成した「嚥下調整食調査表」(Excel) へ回答。

施設の嚥下調整食について、学会分類 2013 のコード別に分類、表に沿って、各施設での食形態状況を記入してもらう。

2. 調査表の回答

回答期限 平成 31 年 2 月 15 日 (金)

なお、調査表の提出をもって、一覧表に掲載する同意を得たものとする。

3 調査協力依頼施設数

上越地域（上越市、妙高市、糸魚川市）の病院 14病院

上越地域（上越市、妙高市、糸魚川市）の入所系老人福祉施設等 約100施設

【嚥下調整食一覧の運用について】

- ・回答に御協力いただきました施設には、全施設分を表にまとめた「嚥下調整食一覧」（カラー印刷製本した冊子）を報告として、配付する（配付は、今回のみ）。
- ・「嚥下調整食一覧」作成後は、多施設で活用できるよう、データは関連する会のHP上で閲覧可能とする予定。その際、データが改変されないよう取り扱いに注意。

【その他】

本調査は、昨年、上越地域の病院、老人福祉施設等を対象に任意で行った調査を踏まえ、その地域をさらに拡大し、病院、施設分を統合して一覧表にし、公表することを目的に実施する。

写真の添付や備考欄記載など手間をかけることになるが、地域連携を進めていくうえで必要不可欠なることを了解してもらい協力を得ることが出来た。

4. 評価委員会

1. 評価委員会の開催

実績27名

会議回数	実施日	出席者	詳細
1回目	平成30年10月25日	13名	(1) 評価委員自己紹介 (2) 平成30年度・在宅医療（栄養）推進事業の進捗状況 (3) その他
2回目	平成31年3月7日	14名	(1) 平成30年度・在宅医療（栄養）推進事業報告について (2) 厚生労働省訪問の概要報告 (3) その他

第1回評価委員会風景

新しいメンバーでの第1回目の会議となり、今後の推進事業の進捗状況を踏まえ、連携先を増やす方策や人材育成を行うにあたっての有効な育成方法など、評価委員の皆様から、適切な助言をいただき、今後の事業につなげられる意見が活発に話し合われた。



第2回評価委員会風景

第2回の評価委員会は本事業の進捗状況や厚生労働省の訪問説明などを行ない、医師との契約において介護保険の利用などがうまくいかないことなど、現状を踏まえながらの対応が求められる中、各評価委員から活発な論議がなされた。



4. 評価委員会

2. 評価委員会の評価

平成30年度在宅医療（栄養）推進事業・評価委員会 評価結果

I) 評価項目～

- ・事業の効果が十分得られたか？
- ・得られなかった場合は何が原因だったか？

所 属	評価項目
新潟県医師会 塚田 芳久	1. 着実に在宅訪問栄養指導が理解・実施されている様子が伺え、効果が出ていると評価できる。 ただし、理解や人員不足によると思われる、温度差や効果の不均一があり、事業展開の推進は今後も継続すべきと考える。
新潟県歯科医師会 木戸 寿明	1. 他職種の理解が進み、モデル事業件数も非常に増加している。数年来の事業の積み重ねの成果が着実にできていると思われる。
新潟県薬剤師会 上松 恵子	1. 効果が得られた。マンパワーも増えた。 平成30年度第1回評価委員会での報告内容と比べてみても数段、在宅訪問栄養指導の件数が増加している。 内容を見ると多岐に渡る多職種からの依頼件数が増えている。これは、社会全体として栄養指導の必要性が増していることと栄養士会の働きかけ、取り組みが実を結んできたものと思われる。
新潟県看護協会 斎藤 有子	1. 在宅医療（栄養）推進事業を計画的に進められた。 2. 訪問栄養指導実施件数を100件と着実に実施された。 3. 支部活動においても、問題点・課題が出され、その対策が検討されていることは、次の取組につながるものと評価される。 4. モデル症例の訪問結果は、栄養指導の効果の状況が端的に整理されていた。
新潟大学大学院 保健学研究科 小山 論	1. モデル事業としての訪問栄養指導は、全県にわたり100件と大幅に増加しており、現場のニーズが高いこと及び受け入れられていることから、十分な効果が得られている。 また、人材育成も人数が増え、十分な効果があったと考える。 2. 特定の地域を除いて、契約・訪問指導がのびていない。これは事業に原因があるのではなく、保険算定システムそのものが原因と思われる。
介護支援専門員 野村 まゆみ	1. 介護者が男性という家庭があり、疾患を抱えている人に何を食べさせればいいのか迷うことが多いとの話を聞く。そのような時に栄養指導が気軽に利用出来るといいのではないかと思う。今回の報告で利用者数も伸び、事業が周知されてきていると感じられる。 事業効果が得られなかった原因についても、大変考えられていると思われる。
病院・管理栄養士 近藤 さつき	1. 100件のモデルケースをすることによって在宅に管理栄養士の必要性や在宅ケアステーションがあることが周囲に認識されてきたと思う。 2. 今後無料ではなくどのように診療報酬に繋げるかが今後も課題になると思われる。 3. 在宅専門の栄養士を育てるプログラムも少しずついろいろな取り組みを行っているが、在宅の栄養士は、糖尿病などの病気に対するものや咀嚼嚥下など機能に関するもの、さらに調理や生活の質、金銭面など配慮する必要があるため、個々の質をあげるためにさらにいろいろなプログラムを重ねる必要があると思う。
福祉・管理栄養士 清田 優理香	1. モデル件数の増加により、在宅訪問栄養食事指導のニーズが高いことがわかり、事業効果は得られていると思います。しかし、県全体で考えると地域差があるので、その対策を取る必要があると思う。 2. 地域の特性を生かし、地域にあった依頼方法を考えるとよいと思われる。

4. 評価委員会

Ⅱ) 評価項目～

・来年度以降、問題点を改善するためには何が必要か？

所 属	評価項目
新潟県医師会 塚田 芳久	<ol style="list-style-type: none"> 1. 県医師会としては、県内の在宅医療推進センター（県内15郡市医師会16か所）の充実とともに、栄養士の事業への理解促進の働きかけを行い、連携強化に努めたい。具体的には本法人支部と郡市医師会の在宅医療推進センターの事業報告書の交換など、現場近くの情報共有が連携強化策の一番目と思う。 2. 人材育成は継続的に実施することが望ましく、参加者数増加、理解度の促進、会員連携や支部力強化など実績の向上が評価の視点になるだろう。
新潟県歯科医師会 木戸 寿明	<ol style="list-style-type: none"> 1. 地域包括ケアシステムの中で、不可欠な存在であるということを、しっかりと医療計画、介護保険計画等に訪問栄養指導が取り込まれて行くような働きかけが必要に感じられます。
新潟県薬剤師会 上松 恵子	<ol style="list-style-type: none"> 1. 人材育成は着実に進んでいるので継続していく。 現場で実地経験を積む機会を確保する。 2. 7年間の実績を広くアピールする。 3. 栄養士間の連携を強める。内部強化することによりスムーズに事が運びやすくなる。 4. 拡がりのネックになっている保険問題対応の進展を今後も図る。（現段階まで色々な方法を講じて取り組んできたことは非常に評価できる）
新潟県看護協会 斎藤 有子	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病院の栄養士と地域の栄養士との連携や訪問看護師等との連携強化が望まれる。 2. 研修や症例検討の場が、多職種と共に学ぶ機会になると、連携が強化されると考えます。
新潟大学大学院 保健学研究科 小山 論	<ol style="list-style-type: none"> 1. 来年度も、モデル事業、教育面はこのままの方向性でよいのではないかと考えます。 2. 契約・訪問指導を進めていくためには、医療保険ではなく、介護保険で請求できるような、独自のシステムを構築していくことが必要と考えます。
介護支援専門員 野村 まゆみ	<ol style="list-style-type: none"> 1. 高齢者のサービスを計画する介護支援専門員が現在、積極的に栄養指導をお願いしたいという、意識が低いと感じる。そのためにも、今年度、介護支援専門員協会で栄養士からの研修会を検討中である。厚労省まで出向してきた話を聞き、とても熱意を感じた。 2. 介護保険の制度の中では、主治医の指示の基の管理栄養士の居宅療養管理指導があるが、ケアマネから声を上げることは、敷居が高いと感じる。低栄養の改善は重要な問題であると感じ、できれば、提案してもらえる医師が多くなるのではないかと思います。ケアマネの立場として、医師に意見をすることは、控えてしまうことが多い。
病院・管理栄養士 近藤 さつき	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医師会を通して広く依頼しながら、医師会から在宅の先生を抜粋してもらって、その先生から直接、依頼をもらうようにする。少しずつ件数を増やすことから始める。 2. どのような形式だったら協力してもらえるか、相談できる場があるといいと思う。在宅では、情報提供をどのように共有していくか、またそれをどのように利用していくかも必要と考えられる。 3. 在宅にいてもディサービス、ショートステイの利用、また訪問看護などとの繋がりも欠かせない。
福祉・管理栄養士 清田 優理香	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医師の開催する研修会や集いの場での症例発表を行い、雇用契約の説明を各地域で開催。 2. 登録した栄養士との連携を行い、技術・能力の向上を目的として各地域で研修会を開催。 3. 地域包括支援センター、居宅介護支援事業所の集いの場での説明。契約件数のない地域に1件でも繋いでいくことが必要と思う。

5. 考察

1 結果

平成30年度在宅医療（栄養）推進事業は前年度の事業の継続とさらなる飛躍を誓い、大きな3つの目標を掲げ、事業展開をおこなった。

1つは医師と契約を結び、保険運用を行うことである。昨年从上越地区、十日町地区、魚沼地区、長岡地区は郡市医師会との連携をし、契約書などの整備を行い、在宅訪問栄養食事指導の窓口が明確となった。さらに十日町地区においては今年の居宅療養管理指導件数が90件／年を超えて、軌道にのりつつある。また、かかりつけ医も1件から4件と契約数も伸びる結果となった。上越地区においては在宅訪問指導件数については足踏み状態であるため、医師会での活動では、かかりつけ医向けに栄養ケア・ステーションから毎月栄養ケア情報を発信し、在宅訪問指導のアピール活動を行っている。長岡、魚沼については整備されたものの契約にはつながっていない。当初より活動は行っていたが結果のでなかった新潟市においては、本年度、念願であった在宅訪問栄養食事指導におけるシステムが新潟市医師会の理事会で承認され、新潟市医師会会員の先生方に在宅推進センターから、2月にこのシステムの案内を郵送し、市内の医師会会員の先生方には在宅訪問管理栄養士の窓口が周知された。

また、今年度事業の2つ目の目標である100例のモデル在宅訪問栄養食事指導を実施し訪問指導の効果を多職種にアピールすることを目標とし、達成する事ができた。内容としては新潟市24人（66例）、他の地区で24人（38例）で104例の症例を実践したことは大きな成果であった。

3つ目の目標である人材育成については昨年度より20名多い55名の応募があり、最終的に修了証書を授与した者は32名であった。今年度受講者のうち登録管理栄養士は31名（新規19名、継続12名）であり、新潟県全域で訪問管理栄養士の登録数は81名となった。

2 考察

今年の拠点整備事業として、新発田、三条、柏崎地域では協力要請訪問は活発に行われ、具体的な郡市医師会と連携は次年度に持ち越されているが、平成24年の事業開始当初からの念願であった新潟市医師会との連携がようやく実現し、新潟市在宅推進センターの積極的な協力を得ることが出来たことは大きな成果であった。この2月に新潟市内の診療所宛に在宅訪問栄養食事指導に係る一式の文書が発送され、早速、訪問指導に向けた問い合わせの電話が入り、明るい見通しと喜んでいる。今回の新潟市を中心にしたモデル訪問指導により多職種（医師、ケアマネジャー、看護師、薬剤師、歯科医師）との連携がこれまで以上に綿密となり、在宅における食に係る指導ニーズの高さを再認識することが出来た。しかしながら100件を超えるモデル訪問報告書を精査する段階で、訪問管理栄養士のスキルアップを図ることの重要性も明らかになった。個々の対象者の抱える課題は多岐にわたり対応策も複雑で、介護度が高い程、栄養改善にも増して療養者とその家族への向き合い方が大きな課題となる。依頼者の意向を丁寧に精査し、何よりも本人とその家族がどのような在宅療養を望んでいるのか、その想いに真摯に向き合うための研修の必要性を痛感した。これまでの研修内容を踏まえて具体的な実践に役立つ本格的な研修会の計画を次年度には最重要課題として進めて行かなければならない。

3 今後の課題

- 1) 在宅訪問管理栄養士の依頼訪問システムの稼働していない地域において、継続して協力依頼訪問を行い、本格的な訪問指導に向けたモデル訪問事業を実施し、その地域の都市医師会と地域の管理栄養士が互いに了解し連携可能な依頼ルートとそれに必要な書類を作成する（新発田・三条・柏崎・村上）
- 2) 在宅訪問栄養食事指導システムが完成した地域にあつては、各地域におけるシステムの周知に努め、かかりつけ医との契約履行を目指す（魚沼・長岡・新潟市）
- 3) 人材育成事業への受講者は年々、増加しているが、指導知識および技術、コミュニケーションの取り方について、新人はもちろん経験者も含めて本格的な研修計画の下で実践に役立つ真剣な研鑽を積むことが必要である。実践の場で新人と経験者が同行して指導するなど、臨地実習を取り入れた研修計画を立てる。
- 4) 今後は都市医師会を中心にした支部活動が主軸になることも予想されることから、各支部単位での人材育成や症例検討会の開催を計画する。支部単位の活動においては、在宅訪問担当者が中心となり、2年任期の支部長の負担が重くならないよう会員全体で協力して進めることを奨励し、栄養ケアステーションが支援対策を具体的に提案できるように心掛ける。
- 5) 在宅訪問に係る医師をはじめ、歯科医師会、薬剤師、看護師、ケアマネージャーなど多職種との連携を図り、地域包括ケア会議や連携諸団体の研修会に積極的に参加し、在宅栄養ケア事業の目的を明確に自覚することにより、会員一人一人が自分の出来る範囲で協力して事業を推進させる事を目指していく。

おわりに

今年度の事業は長年の願いであった新潟市医師会との交渉が実を結び、ようやく在宅訪問指導につながる雇用契約について了承を得ることが出来ました。併せて、新潟市医師会の藤田会長の口添えにより在宅推進センターを介して、多職種から積極的な協力が得られたことから、100件を上回るモデル訪問食事指導を実施することが出来ました。事業終了後も、ケアマネジャーや調剤薬局からの訪問依頼が寄せられており、指導ニーズの多い事を再認識させられています。必要な時に少しでも早く適切な栄養情報を届けることが大切で、不安や戸惑いの中にいる高齢者が安心して在宅療養を送れることを基本にした食支援が、食べる事と生きる事を一つの笑顔につなげることを訪問現場で私たちは実感することが出来ました。

これまで、新潟県栄養士会は在宅療養者のQOLの向上を目指し、多職種と連携し、自立して働けることを念頭に、かかりつけ医との契約による保険適用の道を模索して参りました。

しかしながら、介護認定を受けたものは介護保険が優先するという国の方針に新潟県、特に新潟市では診療所の大部分が医療保険を適用しているため、在宅訪問栄養食事指導の部分だけを介護保険で行うことは現実的に無理であることが浮上しました。

推進事業が暗礁に乗り上げた思いで厚生労働省に相談に出かけましたが、そこにも、決定的な打開策はなく、通所サービスにおける栄養改善加算の運用を示唆されました。

提案された見直し制度の利用が少ないことは、国も認めており、今後、1件150単位の加算点数をいかに有効活用し、スタッフと連携しながら低栄養とその予防に係る心を込めた指導が出来るのか、その在り方を探らなければなりません。実施に向けた課題の整理と当事者間の綿密な打ち合わせが次年度の私たち新潟県栄養士会に与えられた課題となっております。

来たる令和元年は薬剤師会から共働による訪問栄養食事指導の申し入れがあり、50件を目標に4月からその準備に入ります。併せて歯科医師会との連携を進めながら多職種との合同研修会開催の予定もあり、忙しい年になりそうです。

私たち管理栄養士・栄養士はこれまでも増して自己研さんに励み、専門職としての知識と技術の習得に努め、在宅療養の場で真に対象者の想いに寄り添った食に係る支援を進めて参る覚悟を新たにしております。

今後とも、皆様方のご指導とご協力をお願い申し上げます。

最後に本事業推進に当たり、暖かいご支援とご協力を賜りました、たくさんの方々的心よりお礼申し上げます。

平成30年度 在宅医療（栄養）推進事業 委員一同

6. 症例集

平成30年度・在宅医療（栄養）推進事業

症 例 集

1. 新潟市支部	21例
2. 上越支部	1例
3. 三条支部	2例
4. 村上支部	1例
5. 新発田支部	2例
6. 柏崎支部	2例
7. 魚沼支部	1例
8. 十日町支部	2例

6. 症例集

症例 NO. 1	S. A さん		連携先	A 内科	地区	新潟市東区
年齢	83 歳	性別	男	家族構成	妻と二人	
連携先からの 依頼内容	1,200 kcal ゼリー食 家族の相談にのって欲しい。			介護度	要介護 (5)	
訪問回数	3 回	(11/9 12/25 2/5)		MNA-SF	(8) ポイント	
病名	摂食嚥下関連のみ： 脳血管障害 認知症					
身体所見	身長：169cm 体重：46.8 kg BMI：16.3 kg/m ²					
栄養ケア目標	終末期に入った夫の療養を在宅で行うことを家族と相談して選択し、夫と妻の二人で少しでも穏やかに過ごすことを願っている。					
S:主観的情報	<p>介護にあたる妻から：</p> <p>1 退院時に病院から説明されたゼリー食は手間がかかり、本人も食べたがらない。</p> <p>2 色々な食べ物を食べさせてあげたいが、食材の選択や調理のしかたについて迷う。</p> <p>3 本人からの発語は無いが、妻には夫の訴えを視線から受け止め意思の疎通が可能。</p> <p>4 下痢もせず、ほど良い硬さの便が毎日出るようになった。(3回目の訪問)</p>					
0:客観的情報	<p>身長：169cm 体重：46.8→48 kg BMI：16.37→16.8 kg/m²</p> <p>体重増加有 8月20日退院時から2kg減少した体重が回復。</p> <p>#1 デイサービス・3回/週 ショートステイ2回/月</p> <p>#2 朝：ミキサー粥 井七分目 市販品1 メイバランス1 ヨーグルトハチミツ 昼：デイ サービス まごころ弁当ゼリー食・ミキサー粥・ヨーグルト</p> <p>夕：まごころ弁当ゼリー食 300Kcal ミキサー粥 メイバランスミニ</p> <p>1日摂取栄養量 1,360~1,600kcal(自宅と施設で変動あり)</p> <p>#3 野菜や果物のジュースに色々な食材を組み入れている。</p>				<p><u>嚥下</u> 可能</p> <p><u>咀嚼</u> 不可</p> <p><u>排泄</u> 介助</p> <p><u>食事介助</u> 必要</p> <p><u>会話</u> 困難</p> <p>「備考」</p> <p>言葉は発せぬが</p> <p>相手の話は理解可能</p>	
A:評価	<p>#1 デイ サービス、ショートステイ、訪問診療を組み合わせ、宅配弁当・ムース食を取り入れて、栄養摂取量は安定して介護者の負担も軽減されている。</p> <p>#2 食事作りに不安であった妻も介護食の作り方を色々工夫して上手に提供できるようになり、療養者も安心して任せている様子である。</p>					
P:問題解決の 為のプラン	<p>#1 退院後1kgほど減った体重も回復して来たことから今の食事量に無理をしない程度に栄養強化を目指した食材の選び方や料理の工夫を加えて体力を回復させる。</p> <p>#2 一口でもいいから、本人の好みや美味しいと思える食べものを提供し、不自由な療養生活を少しでも楽しく明るいものにするのをプランに入れる。</p>					
所見	<p>#1 介護にあたる妻が疲れ果てぬよう、負担軽減につながる相談を継続的にすすめることが大切。医師のもとで本人の意思を確認し、胃ろう増設は受けず、経口摂取による在宅療養を継続したいという家族全体の希望に沿うことにもなる。</p> <p>また、病状が安定しているので、1ヶ月限定で特老に入居することを本人(説得)と息子と妻が相談し、この間に茨城の被災地に残したままの自宅やお墓の整理をする計画を立てているが、無事に実行され、再会できることを願いたい。</p>					

6. 症例集

症例 NO. 2	E.U さん		連携先	A胃腸器内科	地区	新潟市東区
年齢	92 歳	性別	男	家族構成	妻と二人 娘(近隣)	
連携先 依頼内容	1,000kcal(食嚥下障害・食事への意欲低下) 家族への指導			介護度	要介護 (5)	
訪問回数	3 回	(2018/11/19 , 12/27 , 2019/1/25)			MNA-SF (7) ポイント	
病名	H30/1/15 容態急変・緊急入院 敗血症					
身体所見	身長：推定 165cm 体重：39→35 kg→41 kg BMI：14→13→15kg/m ² 体重変化あり。					
栄養ケア目標	本人・家族ともに「自分の家で」過ごしたいという強い希望。本人の気持ちを前向きにして少しでも経口摂取もとりいれながら、安心した在宅療養生活を送りたい。					
S:主観的情報	娘：「 H30/1/15 日に入院する前までは杖をつきながらも元気に過ごしていた。」 1. 食欲がなく、水さえも嫌がる。(用意しても、嫌な様子で見ようとしめない。) 2. デイサービスのおやつは食わず、中止している。 3. たまに起き上がることもあるが、ほとんど終日眠っている。時に亡くなった姉の名前を大声で呼んだり、「さみしい」, 「誰にもわからない」とつぶやくと言う。 12/27 「若いときは桶職人で父から怒られながら仕事を覚え伴に働いた」と語る。					
O:客観的情報	経管栄養剤 (エンシュア H) 3~4缶/日：1,125~1,500kcal 摂取 (体調により 1 日の補給量に差があるが最低必要量は確保) 娘：1. 体調が良く平熱の日は、饅頭やカステラを少し食べる。 (暦に食べた物を記入→2 回/週程度 和菓子 1~1/2 ケ) 2. 体重は退院後しばらく減少したが、その後増加。 (39kg→35kg→41kg) 3. 偏食なし。肉類や甘い菓子や日本酒を好む (今季夏の猛暑はアイスクリームを食べて乗り切った。)			嚥 下 可能 咀 嚼 可能 排 泄 尿カテーテル 食事介助 必要 会 話 少し可		
A:評価	1. 経管栄養による膨満感があり食欲がないため、経口摂取は難しい状況だが継続している。最低栄養量はエンシュア H により確保し、少しずつではあるが体重が戻りつつある。本人の食を含めた「生きる気力」の低下が大きな障害になっている。					
P:問題解決の 為のプラン	1. 大変ではあるが、焦らないで本人の様子を観察し、口から食べるタイミングを探ることを家族に提案。(膨満感の少ない時や本人の体調の良い時など) 2. 本人が口にしたいと思えるものを一口分程度用意出来るかが課題 (菓子類だけでなく、味噌汁やすまし汁など、好みの味を探して提供する工夫)					
所見	1. 娘は、経鼻チューブを抜くタイミングを医師と相談しているようであるが、微熱や排尿カテーテルのトラブルが続き、一進一退の介護に戸惑っている。 2. 「今年の誕生日の 3 月 20 日までに何とか口から食べられるようにして、家族で誕生会を開きたい」と娘が本人に提案 →この目標に向け本人の気力を促すことを奨励。 3 本人や家族ともに終末期の日々の療養と介護に疲れ果て孤立することなどが無いよう、遠慮勝ちな家族に対する多職種による継続支援が大切である。					

6. 症例集

症例 NO. 3	Y. R さん	連携先	A 内科	地区	新潟市東区
年齢	82 歳	性別	女	家族構成	娘と二人
連携先からの 依頼内容	糖尿病食 1,280Kcal		介護度	要介護 (5)	
訪問回数	3 回	(H30/11/5, 12/15, H31/1/28)		MNA-SF (8) ポイント	
病 名	糖尿病・リウマチ			ショートステイ 1 回/週 (火水木)	
身体所見	身長：145cm 体重：54kg BMI：25.4 kg/m ²				
栄養ケア目標	糖尿病の治療食を安定させて在宅療養生活を穏やかに送りたい。				
S:主観的情報	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食欲あり、食事までの時間が待ち遠しい。(甘藷大好き、甘物が食べたい) 2. 血糖管理の不安定な母の食事に食品交換表や食品成分表を利用して苦心。(娘) 3. バランス食と自然食材による食事提供を強調(娘) 				
O:客観的情報	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事量摂取状況 1,200Kcal をキープ 朝：焼芋, コーヒー牛乳, スープ, 酢の物, 豆腐又は卵 昼：パン 8 枚切 1 枚, 卵焼き, 果物, 汁 夕：米飯 100g, 焼き魚, 奴豆腐, 酢の物 2. 夕食前血糖値が 250 mg/dl 前後になることがあり、苦慮 3. 糖質 0 のうどんや人工甘味料ラカント使用により糖質調整 			嚥下機能 <input checked="" type="checkbox"/> 可能 咀嚼機能 <input checked="" type="checkbox"/> 可能 排泄機能 問題あり 食事介助 必要なし 会 話 <input checked="" type="checkbox"/> 可能	
A:評価	<ol style="list-style-type: none"> 1. 娘は、検査値をみながら食事量を加減している。1,200Kcal 程度 2. 食事管理、生活全般の衛生管理は十分に配慮して介護を実施しているという自信に満ちた娘に、母である本人も 100%の信頼のもとで任せている様子であるが、空腹感を訴える。 				
P:問題解決の 為のプラン	娘が丁寧に食材を整え、しっかりと栄養管理を進めている様子ではあるが、厳しすぎる一面もある。栄養量やバランスについて定期的にチェックし、簡便な改善方法を提案するなどにより、娘が余裕をもって食事提供が対応策を考えることも今後の課題である。				
所見	療養と介護に十分な知識を蓄え、実行力のある介護人には、助言や指導は最小限にとどめ、当事者側の娘からの質問(電話が数回あり)や相談のある時に、必要資料を提供するなどの支援が妥当のようである。				

6. 症例集

症例 NO. 4	N. T さん		連携先		N介護サービス	地区	新潟市東区
年齢	69 歳	性別	男	家族構成		妻・娘夫婦・孫二人 人同居	6
連携先からの 依頼内容	主治医からは身体的に問題なし、なるべく食べるようにと言われるが、体重減少が続き、本人・家族が不安の状況にある。			介護度	要介護 (2) 障害者手帳下肢1級保有		
訪問回数	3 回	(H30, 11/1, 12/6, H31, 1/ 17)				MNA-SF	(8) ポイント
病名	S61 年 脊髄空洞症・腫瘍 OP 後、胸の少し下から足まで感覚、運動機能麻痺。 (左手、左胸、左足まで腫れあり。左目緑内障 視野欠損あり。)						
身体所見	身長：170cm 体重：44.6 kg BMI：15.4kg/m ² (1 回目訪問 2018/10) 46.4 Kg BMI：16.0kg/m ² (3 回目訪問 2019/1) 体重の推移 2015/60.8kg 2016/53.8Kg 2017/47.3.0Kg (3 年間 -13.5Kg) 2018/4 月/46.7kg						
栄養ケア目標	1. 体力を回復し、以前のように車イスで外出したい。 2. 体重減少をなんとかして抑えて元気になりたい。						
S:主観的情報	1. 体重減少が続き、不安。(本人・家族) 自分のことは自分で行いたい。 2. 食欲なし、頑張ると胸やけが強くなり、体調が悪くなる。(食べたい物なし) 3. 下肢のしびれ、痛みあり、神経伝達のない左の下肢も痛みあり。						
O:客観的情報	1 日栄養必要量 63kg (IBW) ×25~28=1,575~1,764kcal 1. 主食・米飯量 85g (食べられるようになった。) 2. 主食、主菜、副菜のバランスは整えられている。(ミルク 100ml) 3. リハビリ 1 回/週(適度の運動量 体調良し、熟睡) 4. 立位を確保できる。車イスにより立位訓練を再開(「めまい」を減らし、体力を確保できるリハビリ手段として調整済)					機能 嚥 下 可能 咀 嚼 可能 排 泄 介助 食事介助 なし 会 話 可能	
A:評価	1. 食事量の増加はないが、妻の食事を残さず食べている様子から食事量が安定。 2. 胃腸の不振に注意を払いながらも、胸やけ、胃もたれの不快感の訴えが減った。 3. 妻からは、ご飯を「少なくして欲しい」と本人から言うことが無く、用意した食事を全量摂取。体重の下がりや落ち着き、少しずつ回復傾向に入ったようである。						
P:問題解決の 為のプラン	1. 長年の療養生活の中で学んだ医療情報の蓄積が大きな力になっており、自分の体調にあわせた対処療法を選び実践する優れた能力と強い意志を夫婦で共有している。 2. 緻密に計画し実施している健康管理であっても、季節の変わり目の体調変化への対応がうまく行かず悪循環に陥る予防策として、定期的な専門職からの声かけと見守りが必要である。						
所見	懸命な二人の療養生活を孤立させず疲弊させぬよう支援していくことが介護支援者としての使命である。						

6. 症例集

症例 NO. 5	W. T さん	連携先	Sクリニック	地区	新潟市中央区
年齢	83 歳	性別	男	家族構成	妻と 2 人
連携先からの 依頼内容				介護度	要介護 (5)
訪問回数	3 回	(2018/11/18 , 12/27 , 2019/1/24)		MNA-SF ()	ポイント
病名	悪性リンパ腫 閉尿	身体所見	身長: cm	体重: kg	BMI:
栄養ケア目標	本人と妻の強い要望で、在宅で穏やかな療養生活を送りたい。				
S:主観的情報	<p>本人:「全て妻に任せている。話すことはあまり得意ではなく、会話は疲れる」と言う。 妻:退院時に説明指導を受けた嚥下食・ゼリー食を忠実に守り、3食を調理。 少しでも夫が食べられる介護食を心がけ、食材を極力、軟らかく調理して提供 2019年お正月に餅、さしみ、おせち料理を本人の強い希望から挑戦して食べたことにより一変、その後妻と同じ食べ物を軟らかく調理し、二人で共に食べるようになった。</p>				
O:客観的情報	<p>1日平均栄養摂取量 熱量 <u>1,280~1,860Kcal</u> たんぱく質 <u>42~65g</u> ・妻からの聞き取り(6日分の食事記録を用意)メイバランス1~2缶 1. 野菜をはじめ丁寧に刻み、時間をかけて、天然の出しで煮る。 ミキサー食、とろみは本人が喜ばず、消化酵素、既製品も嫌い 2. 「ゆいまーる」のやわらか食1回/日 280Kcal・たんぱく質5g 3. 水分補給: ポカリスエット、果汁など2~3杯/日 2019年~米飯もすべて軟らかめにし食事内容は妻と同じ普通</p>			<p>機能 <u>嚥下</u> 可能 <u>咀嚼</u> 可能 <u>排せ</u> 問題 <u>食事介助</u> 必要 <u>会話</u> 可能</p>	
A:評価	<p>1. 栄養摂取量は日により差はあるが、基本的なエネルギー量とたんぱく質量は確保されており、本人の病状も安定。(メイバランスなどで、基本的な栄養量確保。) 2. 2019/1~体調不良の状況下でゼリー食・トロミ食(ミキサー食)に食欲が出ずにいたが久しぶりの家族との団らんで、本人の希望でお正月料理が食べられた経験により普通食を軟らかく調理したものを注意してゆっくりと食べられるようになった。</p>				
P:問題解決の 為のプラン	<p>1. 訪問当初は、療養の経過の中で経験し、学んだ療法を妻は真剣に心を込めて実践し、外部からの提案や助言は受け入れがたい様子であった。(色々な苦労があったと推察) 2. 2019/1~療養生活に少し余裕が生まれてきたので、美味しい食事のとり方のプランを取り入れて、夫婦二人の生活を少しでも明るく出来る支援対策を準備する。</p>				
所見	<p>退院時に指導された嚥下困難食の調理法を必死に守って来た妻には、正月料理への挑戦は想像以上の衝撃で、本人も妻もあきらめていた日常食を軟らかく調理すれば食べられることに安堵し、追い詰められた暗い療養生活が一転した。病状に合わせた嚥下困難食は治療食としては安全であるが、味覚が残っている高齢者にとって、均一に調整され変化に乏しい食事の継続は苦痛であったのかもしれない。正月以降、再開された今の食事がどの程度の期間継続できるかは不明であるが、夫婦2人が以前のように共に同じ食事を食べられることを心から喜び、気持ちにゆとりをみせ始めていることは大切にしたい。必死の覚悟でいた妻がショートスティを決断し、夫も了解したことにより、介護側に余裕が生まれたことも良い選択となった。(介護に専念し、転ぶなどして辛い時も休むことも出来ず、1人で誰にも言えずに、苦しかったと妻が打ち明けてくれた。)</p>				

6. 症例集

症例 NO. 6	K.S さん		連携先	訪問看護ステーション	地区	新潟市東区
年齢	56 歳	性別	女	家族構成	夫婦	
連携先からの 依頼内容	血糖値改善と高度肥満の食事栄養指導			介護度	要介護 () 要支援 ()	
訪問回数	3 回	(2/6 , 3/2 , 3/20)				
病名	糖尿病					
身体所見	身長 : 147cm 体重 : 100kg BMI : 46.3kg/m ²			MNA-SF (11) ポイント		
栄養ケア目標	栄養状態を良好に保ち、安全で無理のないダイエットの継続					
S:主観的情報	職業 : 通訳、翻訳も手掛けている。常に何か食べ、食事は不規則になっている。乳製品と果物を好む。外食ではハイカロリーなメニューを食べてしまう。ブラジル料理が得意で手の込んだメニューもこなす。ダイエットの経験があり、リバウンドで戻ってしまった。					
0:客観的情報	推定栄養摂取量 1820kcal たんぱく質 62.6g 脂質 91g 炭水化物 200.7g 空腹時血糖 113mg/dl HbA1c 6.0% 脳出血のため右半身麻痺の後遺症あり。夫の勤務が遠方なため am2:00 起床 4:00 に送り出し再び就寝 9:00 に目覚める。朝食は抜いてしまう事が多い。昼食は 14:00 になる。夕食 18:00 夜食を食べる事もある。 週に 1 回訪問リハビリ利用			嚥下機能 <input type="checkbox"/> 可能 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 可能 排泄機能 <input type="checkbox"/> 問題なし 食事介助 <input type="checkbox"/> 必要 会 話 <input type="checkbox"/> 可能		
A:評価	#1 2ヶ月で 8.1kg の体重減少 100kg→91.9kg #2 BMI の変化 46.3→42.5 #3 HbA1c は 6.0 に改善されている #4 ダイエット食やインスタント食品、健康食品の利用がある #5 一旦 91.0kg に落ちたが 900g 増えてしまった					
P:問題解決の 為のプラン	#1 1日3食食べ、野菜は毎食食べるように心がける #2 急激に体重減少しているため現状維持を目標に無理はしない #3 果物と乳製品の食べ過ぎに注意する #4 冷蔵庫に野菜が増え手作りできる #5 ダイエットで食事は抜かない					
所見	初回訪問時すでに HbA1c の改善と体重減少は進んでいた。得意料理もあり右半身麻痺にもかかわらず手作りできる。食品の組み合わせ、日本の野菜の料理についてのアドバイスの要望があり置き換えられる食材のアドバイスを行った。 ダイエットでリバウンドの経験があり、一気に体重減少が進んだ後、体重が減らなくなった時も食事は抜かない、体重維持を目標に無理をせずストレスの原因を作らないなど精神面でも支援していきたい。					

6. 症例集

症例 NO. 7	K.N さん	連携先	0 クリニック	地区	新潟市江南区
年齢	69 歳	性別	女	家族構成	親子 3 人暮らし (娘)
連携先からの 依頼内容	体重減少・嚥下障害 食事全般の指導		介護度	要介護 (3) 要支援 ()	
訪問回数	3 回	(1/16, 2/15, 3/15)			
病名	遺伝性脊髄小脳変性症				
身体所見	身長 : 156 cm 体重 : 29.5 kg BMI : 12.1kg/m ²				
栄養ケア目標	長期低体重の改善と筋力をつけ歩行障害の悪化を防ぐためにエネルギー・蛋白質不足を改善する。				
S:主観的情報	<ul style="list-style-type: none"> ・夕食は娘さんが作り、日中はご主人が担当している。 ・低体重であることは理解しているが、今のパターンを変えることが億劫なのか本人が食べたがらないことを理由にエネルギー摂取量を増加できない。 ・1日座椅子に座りっぱなしに過ごしている。 				
0:客観的情報	食事摂取状況 朝) おかゆ 卵中心に約 300kcal 昼) 食わず 2時~3時⇒アップリード 400kcal 夕) おかゆ 卵 おかず(2.3口づつ)約 200kcal 夜) 青汁牛乳 100kcal 合計 1000kcal がだいたいのパターン~最近は昼に大人のミルク飲む		嚥下機能 <input checked="" type="checkbox"/> 可能 咀嚼機能 <input checked="" type="checkbox"/> 可能 排泄機能 <input type="checkbox"/> 問題なし 食事介助 <input type="checkbox"/> 必要 会 話 <input checked="" type="checkbox"/> 可能		
A:評価	<ul style="list-style-type: none"> ・エネルギー不足 ・蛋白質摂取量不足 ・本人・介護者共に理解はしているが、改善意欲がない 				
P:問題解決の 為のプラン	<ul style="list-style-type: none"> ・各食事にゴマ油やマヨネーズなど、油脂を使う ・昼食が食べられない時はラコールを飲み、アップリードと併用する ・青汁牛乳・果物・飲料に佐藤やはちみつなどを加える ・栄養価の高いおやつを選び、食べる ・食事量の低下と筋力の低下のつながりを理解することが重要 				
所見	<ul style="list-style-type: none"> ・低体重と少食の状態に慣れてしまい、悪化することへの危機感が薄いように感じられました。 ・以前はいらなかったトイレの介助等、ストレスもご主人にあるようなので、少しでも栄養摂取量を増やして、今のうちにこれ以上の体重・筋力低下を防ぐ必要があるように思ったが、なかなか改善されない症例でした。 				

6. 症例集

症例 NO. 8	Y. R さん	連携先	地域包括支援センターK	地区	新潟市西区
年齢	86 歳	性別 女性	家族構成	本人・息子の二人暮らし	
連携先からの 依頼内容	フレイル低栄養状態のため、食事指導や 栄養相談希望。食事内容や簡単に作れる 物を紹介お願いしたい。		介護度	要介護（ ） 要支援（ 1 ）	
訪問回数	3 回	（ 1/18 ， 2/15 ， 3/18 ）			
病名	高血圧症・低栄養・骨粗鬆症				
身体所見	身長： 149 cm 体重：32 kg BMI：14.6kg/m ²				
栄養ケア目標	<ul style="list-style-type: none"> ・長期 必要栄養量の確保により体重増加につなげる。 ・短期 3食きちんと食べる・食事量の不足は間食で補う。 				
S:主観的情報	<ul style="list-style-type: none"> ・5年ほど前から体調すぐれず、体重が45kgから徐々に減少。食欲もなくなった。 ・入れ歯が合わず、食べるのに時間がかかり、かかりつけ歯科医からも入れ歯が治せないと言われた。 ・漢方医から乳製品、四つ足の肉が良くないと言われ、食べていない。 ・調理中に疲れて立ってられない。 				
O:客観的情報	<ul style="list-style-type: none"> ・食事摂取量が少なく、1000 kcal以下と推定される。 ・総入れ歯が合わず、会話していても外れそうになる。 ・体重減少により、体力、筋力、気力の低下有り。動作緩慢。 ・以前は乳製品、鶏肉以外も摂取していたが今は鶏肉のみ。 野菜、魚、大豆製品、卵は摂っているが量が少ない。 ・2月に入ってから夕食の宅配おかずを利用。 ・趣味の歌いも体力低下から休んでいて、人との交流がない。 			嚥下機能 ■可能 咀嚼機能 ■可能 排泄機能 ■問題なし 食事介助 □必要 会 話 ■可能	
A:評価	<ul style="list-style-type: none"> ・一日の食事摂取量が少なく、1000 kcal程度、エネルギー、蛋白質の不足が見られる。 ・低体重による体力低下、筋力低下がみられる。 ・総入れ歯が合わないことからくる弊害が多い。 ・漢方医からの勧めで食事内容に制限があり、栄養にも偏りがある。 ・間食はするものの、栄養価の高いものは摂れていない。 				
P:問題解決の 為のプラン	<ul style="list-style-type: none"> ・新たな歯科受診により、総入れ歯が合うように調整してもらうことが先決。入れ歯が合うことにより食事時間の短縮、食事量のアップが見込まれ、体力、気力の回復に繋げる。 ・食事時間がかかり、食べる量も少ないので、回数を多くし、少しでも多くエネルギーを確保する。カロリーアップのための調理法も提案。 ・乳製品に代わるカルシウムの摂り方、簡単に食べられる缶詰の利用、調理法を提案。 ・夕食の宅配おかずのエネルギー、蛋白質量が少ないため、おかずの全量摂取で満足せず、朝昼夕に蛋白質を取り入れること、間食で栄養価の高い物を摂ることを勧めた。 ・漢方医の勧めもあるだろうが、食べたいものを美味しく食べることが今一番必要ではないかと伝えた。 ・体調不良や食欲不振の際に、栄養補助食品の利用を提案。 				
所見	<ul style="list-style-type: none"> ・血圧、体調が不安定なことが多く、気分の落ち込み、気弱さがみえ、食事量の確保が難しいとも思える。体重維持のために補助食品の利用が必須となりかねない。 支援の継続が必要なケースと感じた。 				

6. 症例集

症例 NO.9	Y.T さん	連携先	H 調剤薬局	地区	新潟市西区
年齢	83 歳	性別	女	家族構成	独居
連携先からの 依頼内容	食事が不規則 (2 食/日の時もあり) 料理は しない、出来ない、主に総菜を食べている		介護度	要介護 (2)	
訪問回数	3 回	(1/6, 1/24, 2/19)			
病名	糖尿病 慢性腎不全 高血圧症 心不全 骨粗鬆症				
身体所見	身長 : 140cm 体重 : 40kg BMI : 20.4kg/m ²			MNA-SF (8) ポイント	
栄養ケア目標	きちんとした食事が摂れ、住み慣れた家で生活が出来る。(長期) 1 日 3 食を摂取する (近づける) (短期)				
S:主観的情報	どうゆう訳か食べたい時と食べたくない時がある。足が痛くて買い物に行けない。 息子が入院している。食べたいものを頼みたいけど、食材が届かなくて困っている。お金 も限られている。季節の物が食べたい。(今の時期なら白子を煮たのとか。)				
O:客観的情報	初回訪問 : 聞き取りの結果 1 日 2 食で 620kcal 程度摂取。両 足の浮腫も顕著。 2 回目訪問 : 色々な人から、3 食食べるように言われ食べて いる。と本人談。他者と昼食を共にする機会を設けたが、他 者の分まで作り、意欲的に摂取されている。おおよそ 1200kcal 程度摂取。 3 回目訪問 : 限られた食材で工夫し調理し摂取されている。 食欲がない時も 3 食食べている様子。1100kcal 程度摂取。			嚥下機能 <input type="checkbox"/> ムセ無し 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 自歯で摂取 排泄機能 <input type="checkbox"/> 問題なし 食事介助 <input type="checkbox"/> 自力摂取 会 話 <input type="checkbox"/> 可能	
A:評価	体重が安定しない。(測り方の問題もある) 様々な人の助言で 1 回目の訪問と比べて、3 食 食べる事は出来てきている。味噌汁の塩分量、主食量は実際食事を共にし適正な量を習 得。炭水化物が中心で野菜を摂ってもらいたいが、主介護者様の入院で食材調達が困難。				
P:問題解決の 為のプラン	<ul style="list-style-type: none"> ・摂取量を増やす (1 日 3 食食べる必要性を伝える。昼食が欠食しがち。食べられるもの、 食べたい物を 1 日 3 食食べる習慣づけから始める) ・味噌汁の具は 3 種類入れる。これらの内容を絵に描き、冷蔵庫に貼っておく。 ・実際食べている内容を確認。・食材の買い出し方法を助言。 ・信頼関係構築の為会話を楽しむ。・他者との食事の機会を設ける。・食事が摂りたくない 時の為に栄養補助食品を紹介。・現状の食事で良い点は継続できるように、食事を目の前 にして伝える。介護者、入院の為、食材の調達が難しい。フードバンク新潟等の機関があ る事を把握しておく。 				
所見	独居、生活保護、主介護者の入院があり、食生活の助言、見直し、改善指導を行っても「お金の心 配がある。野菜を食べるなんて贅沢はしてられない。食べたい物はあるが、品物が届かなくて困 っている」等の発言が聞かれ、どのように支援したらよいか迷う事例であった。依頼者からは、 調理ができない、しない。との情報だったが、限られた食材を使い、料理し、意欲的に摂取されて いた。一人で食べる食事より、他者と関わりながら、食事を摂る事で、料理をしようという気持ち が沸いたのではないかと。今後も継続した栄養支援が必要と考える。				

6. 症例集

症例 NO. 10	T.K さん	連携先	調剤薬局	地区	新潟市北区
年齢	88 歳	性別	女	家族構成	夫婦 2 人暮らし
連携先からの 依頼内容	訪問栄養指導により少しでも血糖コントロールをよくしてもらいたい		介護度	要介護 (2)	
訪問回数	3 回	(12/26 , 1/18 , 2/22)			
病名	糖尿病・喘息・皮膚炎				
身体所見	身長：155 cm 体重：51 kg BMI：21.2kg/m ²			MNA-SF (12) ポイント	
栄養ケア目標	自分にあった食事量を本人が納得し、安心して食べることにより治療に対する不安を和らげる。				
S:主観的情報	#1. 糖尿病治療を受けているが、血糖値が高めで食事のとり方について不安である。 #2. 低血糖予防の「しっかり食べるように」がどの程度食べればよいかわからない。 #3. 骨折後しびれ感が強く転倒が怖く歩行が難しい。調理は椅子にかけて作業。				
O:客観的情報	2回/週 訪問によるリハビリ。買い物担当：夫 標準体重 1.55×1.55×22=52.85kg 1日の栄養必要量 52×28～52×30=1456～1560kcal 18～19単位 食前自己測定血糖値：350～420mg/dl インシュリン 12単位 3回/日			嚥下機能 <input checked="" type="checkbox"/> 可能 咀嚼機能 <input checked="" type="checkbox"/> 可能 排泄機能 <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし 食事介助 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 会 話 <input checked="" type="checkbox"/> 可能	
A:評価	#1. 現在の食事の嗜好はわかったが食事量が曖昧で聞き取りから推計することが難しい。 #2. 入院時の食事量を思い出し、食事をとっている。キッチンスケールを持たず、食品を計量して作ったり食べたりしていない。 #3. 惣菜の魚のフライを夫が好むため食べることが多い。献立によってはカロリーオーバーになる可能性あり。 #4. 乳製品嫌いなため、カルシウム不足になる恐れあり。				
P:問題解決の 為のプラン	#1. 単位配分に基づいた 1 日に必要な食品量を表 1 から表 6、調味料まで具体的にグラムを用いて説明。 #2. ゼロ表示できるキッチンスケールを購入し、使い方を一緒に確認する。 #3. アジフライを夕食に入れた一日の献立を提示し、フライの時はカロリーを控えた料理を提案した。 #4. 牛乳やスキムミルクを用いた献立を提示。カルシウムの多い食品を提案。歩けるようになるため筋力アップの食事の献立を提示				
所見	高齢の夫婦の二人暮らしで調理方法や味付けも単調になっているように感じた。こちらの提案型指導で本人の食事内容を詳しく把握できなかつたのが残念だった。継続で様子を見ることができるとよいと思う。				

6. 症例集

症例 NO. 11	T.Y さん	連携先	居宅介護支援センターS	地区	新潟市西区
年齢	64 歳	性別	男	家族構成	妻と 2 人暮らし
連携先からの 依頼内容	ショートステイと自宅で療養しており、 食べる量が安定せず、低栄養状態		介護度	要介護 (5)	
訪問回数	4 回	(11/28 , 12/21, 1/18 , 2/15)			
病名	脳出血、肝機能障害、尿路感染				
身体所見	身長：161.5cm 体重：35.6kg BMI：13.6kg/m ²			MNA-SF (9) ポイント	
栄養ケア目標	(長) 安定した食事量を維持し、体重増をめざし、夫婦 2 人で元気で暮らす (短) ①食形態の安定 ②食事内容の充実 ③体重増をめざす				
S:主観的情報	平成 18 年に脳出血にて S 病院に入院。脳出血による左上下肢の機能障害あり、2 年前に両側顎関節脱臼により両側関節結節切除後、ミキサー食で喫食、施設では全量摂取も自宅では少量で不安定のため低栄養。週末は自宅療養中。週の大半はショートステイで過ごす。				
0:客観的情報	栄養摂取状況：1 日 3 回経口摂取。エンシュア H2 缶/日 1777kcal, 蛋白質 47.2g, 水分 600ml 栄養必要量(充足率);2009kcal (88.5%)蛋白質 60.84(77.6%) 水分：1772ml (34.8%) Alb4.2mg/dl, Cr0.45mg/dl ショートステイ利用 (2 か所) 4~5 日/週			嚥下機能	<input type="checkbox"/> 可能
				咀嚼機能	<input type="checkbox"/> 可能
				排泄機能	<input type="checkbox"/> 問題なし
				食事介助	<input checked="" type="checkbox"/> 必要
				会 話	<input checked="" type="checkbox"/> 可能
A:評価	#1. VE の結果よりゼリーによる交互嚥下必要→ゼリーの作り方指導必要 #2 食形態の均一化→介護者の理解不足 #3. 食事量不足のため少量でエネルギーアップできるものの提案必要 #4 食事介助の必要性の理解 (食事介助するショートは 100%の喫食、食介助なしのショートは 2 割摂取、自宅では食介助なしで 3 割摂取)				
P:問題解決の 為のプラン	#1. 寒天ゼリーの作成レシピにて指導 (計量すること) #2. ブレンダー又はハンドブレンダーを使用し指導したが、介護者が同意せず、食形態を 1 つずつ食品ごとに記載し指導 (イモ類・葉菜類など調理により、トロミ剤使用) #3. 間食の選択はエネルギーやたんぱく質の含有量をみながら購入する。 #4. 食事時の嚥下にかかる時間が長く、摂取量少なく、食事介助の必要性があると判断。うまくいっているショートステイ施設を見学し食事介助の仕方を学ぶ (介護者) 本人にも、食事介助をきちんと受けながら食事摂取するように説得した。				
所見	本人の「食」に対する意識が薄い点、妻が介護に疲弊し、協力がなかなか得にくい状況など、マイナス面もあったが、回数を重ねることで、介護者とのコミュニケーションも徐々に改善。 すこしずつ、受容の姿勢がみられるようになった。低体重がなかなか改善できない症例ではあったが、本人・妻ともに在宅で暮らしたいためには何をすべきかという根本的な話をする時間がもて、今後の改善に期待がもてた。				

6. 症例集

症例 NO. 12	H. k さん	連携先	S 居宅介護支援センター	地区	新潟市西区
年齢	85 歳	性別	男	家族構成	妻 娘
連携先からの 依頼内容	体重 57 kg 少し減ら体重。夕食のバランス、量に悩むことがある。		介護度	要介護 (4)	
訪問回数	2 回	(12/21 , 1/25)			
病名	認知症				
身体所見	身長： 164 cm 体重：56.1kg BMI：20.8kg/m ²			MNA-SF (10) ポイント	
栄養ケア目標	体重維持、バランスのとれた食事の維持				
S: 主観的情報	妻から:平成 30 年 7 月に肺炎で入院. 退院時 54 kg だったが現在 56.1 kg。太ったので少し減らしたい。(トイレ介助大変)。入れ歯を入れてないが、残歯が多く家族と同じ物を食べている。用意した食事は全量摂取。口の中に沢山溜め込むことがある。水分でむせはみられないがたまにゴホゴホすることがある。下痢を繰り返すことが多い。以前より、よく噛んで食べる習慣なので食事摂取に 1 時間かかる。				
O: 客観的情報	車椅子利用 (6 年前大腿骨骨折後) トイレ移動可、起立可 依頼書記載は身長 155cm だったが、ニーハイ法にて 164cm 体格良く、腹部にのみ脂肪あり。 最低必要量：1500kcal 蛋白質 50g 聞き取りでは、食事内容はバランスに配慮され量的にはほぼ問題なし。 水分摂取確保できている。下痢をすることが多い			嚥下機能 ■可能 咀嚼機能 ■可能 排泄機能 ■問題なし 食事介助 □必要 会 話 ■可能	
A: 評価	身長 164cm BMI20.8 MNA. SF 10 ポイント 低栄養の恐れありの結果となった。体重は過多ではなく、今より体重を減らさないことを目標とすべきとなった。1 日の栄養バランスはしっかりしており、量的にもほぼ問題はない。蛋白質源、野菜、ヨーグルト、チーズなどもしっかり摂取できていた。下痢の際の食事内容は、エネルギー、栄養不足となっていた。食事を自室にて 1 人で食べている時間が長く、食べ物のかき込みがある時は、窒息の危険がある。又たまにゴホゴホすることもある為、誤嚥にも注意が必要。				
P: 問題解決の 為のプラン	提供した食事は全部食べてしまうので過剰にならないように注意。1500kcal の食事の目安量を提示した。もの足りなさを補うのであれば、野菜、きのこ、海藻を利用し品数を増やす。 器を小さくしておかわりできるように量を調整する。下痢の際の食事がエネルギー、栄養不足にならないよう栄養強化を提案。食事のかき込みがみられることから 1 人での食事時間を減らし見守りが必要。				
所見	トイレ介助が大変なので、体重をへらしたいとのことだったが、実際は現在の体重をキープすることが重要であった。妻は食事への心配りがとてもしっかりしているので、今後もバランスのとれた食事の提供は期待。できると思われた。下痢の回数が多くなると体重減少、低栄養の心配がある。				

6. 症例集

症例 NO. 13	E. K さん	連携先	ケアプラン S	地区	新潟市中央区
年齢	75 歳	性別	女	家族構成	夫婦 2 人暮らし
連携先からの 依頼内容	血糖値の上昇、体重増加にて制限食の栄養指導を家族・ヘルパーにお願いしたい		介護度	要介護（4）	
訪問回数	3 回	(1/5, 2/5, 3/5)			
病名	糖尿病、高血圧、脳梗塞後遺症				
身体所見	身長：147cm 体重：60.3kg BMI：27.9kg/m ²			MNA-SF (12) ポイント	
栄養ケア目標	食生活を改善し、正常範囲の血糖値と体重を目指す				
S: 主観的情報	食べている量も多くなく、間食もほとんどしていないのに体重が増え血糖値が上がりに困っている。栄養士から食事指導を受け 1400kcal の食事内容と比較し、自宅での食事量は多いと気づいてきているが、たくさん食べさせないとかわいそうで品数を減らすことができない。				
O: 客観的情報	HbA1c 9.6% 体重の推移 H. 30.5 月 48.5kg (BMI 22.4 kg/m ²) H. 30.8 月 52.8kg (BMI 24.4kg/m ²) H. 30.12 月 56.9kg (BMI 26.3kg/m ²) H. 31.3 月 60.3kg (BMI 27.9kg/m ²)			嚥下機能 <input checked="" type="checkbox"/> 可能 咀嚼機能 <input checked="" type="checkbox"/> 可能 排泄機能 <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし 食事介助 <input type="checkbox"/> 必要 会 話 <input checked="" type="checkbox"/> 可能	
A: 評価	#1. 食事摂取量が指示量よりも多く、過食による血糖コントロール不良 #2. 介助者・療養者の病気に対する理解不足 #3. 惣菜の利用多く、エネルギー過剰				
P: 問題解決の 為のプラン	#1. 1400kcal, 塩分 6g の食事内容（具体的な量や皿数、食品の選択）を説明（介護者・ヘルパーに対し行う） #2. 糖尿病や合併症のリスクについて伝え、食事内容・摂取量の改善の重要性を説明 #3. 惣菜購入時の目安となるように惣菜のエネルギー量を示した資料を作成し活用				
所見	退院時に指導を受けたが自宅では時間を経るに従い、指示量の食事から乖離し、指導時には 1 日 200kcal 以上も超過して食べていた。ヘルパーさんはじめ介護者である夫に具体的な指導を行った事例であるが、体重増加がなかなか止まらなかった。今後、糖尿病悪化のリスクを理解し、気を引き締め、食事管理を行うよう伝えた。				

6. 症例集

症例 NO. 14	K. K さん		連携先	訪問看護ステーション Y	地区	新潟市東区
年齢	85 歳	性別	女	家族構成	夫 息子 (主介護者)	
連携先からの 依頼内容	ブレンダー食の作り方、食べさせ方を教えてほしい。			介護度	要介護 (5)	
訪問回数	2 回	(12/7 , 12/16 , 1/8 (予定))				
病名	口舌ジスキネジアに伴う嚥下困難 尿路感染症 肺炎					
身体所見	身長 : 141 cm 体重 : 41 kg BMI : 20.6			MNA-SF (6) ポイント		
栄養ケア目標	美味しく食事が食べたい					
S: 主観的情報	<p>ミキサー食の作り方が知りたい。レトルトばかり食べさせている。他に良いものはないか。</p> <p>たんぱく質の計算方法が知りたい。病院で足りないからとゼリーのようものを食べていた。少し心配だ。</p> <p>形のあるものが食べたいが、口に残るから、食べられない。うまい物が食べたい。</p>					
O: 客観的情報	5ヶ月で3.2 kg (7.2%) の体重減少。医師からの指示は、1400kcal, たんぱく質 63g だが、摂取量はおおよそ、1000kcal たんぱく質 25 g。食事の用意は息子様が担当。主食は、粥ミキサーを息子様が作り、副食は、ミキサー食のレトルトを2~3種類温めて提供。本人、食欲は旺盛。嗜好もはっきりしている。常に口が動いており、咀嚼、咽頭への送り込みが困難な様子。			嚥下機能 <input checked="" type="checkbox"/> 可能 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 可能 排泄機能 <input type="checkbox"/> 問題なし 食事介助 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 会 話 <input checked="" type="checkbox"/> 可能		
A: 評価	家族の負担 (経済・調理作業) にならないミキサー食の提案をする必要がある。エネルギー、たんぱく質を効率よく摂取できるメニューを提案する必要がある。食事に対する意欲は大いにあり、このまま継続出来たらよい。					
P: 問題解決の 為のプラン	ミキサーに展開する方法を、本人が使用している、増粘剤、ゲル化剤を用いた、息子様、ご主人様がよく食べている料理を例に挙げ、レシピ化し書面で渡す。 スーパーに売っている物で、加工せず、ミキサー食として提供できるものを提案する。 (卵豆腐、絹豆腐、ゴマ豆腐、茶碗蒸し、ホワイトソース缶等) エネルギー、たんぱく質の摂取量増加の為に、主食に追加できそうな食材 (鮭、サラダチキン、卵、チーズ等) の提案。間食の摂り方、内容 (水ようかん、プリン、ゼリー、ヨーグルト、ココア等) の提案。栄養補助食品を食事に取り込む方法 (パン粥等) の提案。					
所見	可能であれば、ミキサー食を一緒に主介護者と作ってみたかったが、「台所は汚い」と断られた。ミキサー食の作り方をお伝えしたが、「時間なくて作れない」状況。あれこれ提案しすぎたかな。と反省した。そんな中で「絹豆腐はそのまま出してみた」「プリンを提供してみた」等、試してくれた事もあり、嬉しく思った。					

6. 症例集

症例 NO. 15	K.S さん		連携先	H訪問看護ステーション	地区	新潟市江南区
年齢	94 歳	性別	女性	家族構成	長男、長女と同居	
連携先からの 依頼内容	糖尿病があるが、食欲亢進傾向。また、義歯をつけないで食事をしている。軟らかい食事の作り方や食事のカロリー計算を教えてあげてほしい。			介護度	要介護（ 4 ）	
訪問回数	3 回	（ 11/29 , 12/18 , 1/29 ）				
病名	糖尿病・喘息・認知症					
身体所見	身長：145 cm 体重：55.3kg BMI：26.3 kg/m ²			MNA-SF (11) ポイント		
栄養ケア目標	糖尿病の悪化がなく、1日1200kcalの食事を行うことができる。 義歯を装着し、食事を行うことができる。					
S:主観的情報	食欲は亢進傾向。医師から糖尿病があり、食べ過ぎないように言われているが、どのくらい食べてよいかわからない。残歯少なく義歯をつけて食事をするように家族が進めるが、不快でつけない。しっかり咀嚼をして食事ができるように言っても、なかなかつけてくれない。					
0:客観的情報	必要エネルギー/日 1200kcal 蛋白質 60g 水分 1660ml (薄い とろみあり) ベッド上で過ごす事が多く活動量は少ない。 1/20 測定体重 55.0kg (BMI26.2kg/m ²) 増加なし 約2時間ベット上長座位で、指導を行っている間、疲労感 を訴える事はなかった。比較的体力あり。 1/28 胸の痛みを訴えるが、食欲が低下することはなし。			嚥下機能	<input checked="" type="checkbox"/> 可能	
				咀嚼機能	<input checked="" type="checkbox"/> 可能	
				排泄機能	<input type="checkbox"/> 問題なし	
				食事介助	<input type="checkbox"/> 必要	
				会 話	<input checked="" type="checkbox"/> 可能	
A:評価	主食の量と間食の量は多く、副食の量（品数）が少ない。主食の適正量（全粥170g）を示すが見た目『足りない』という可能性あり。水分量を調整する必要あり。副食の量を増やし、間食の量を減らすように提案するが、厳しい様子あり。間食の量や内容を見直す必要あり。義歯がなくとも、軟らかいおかず程度であれば、咀嚼、嚥下は可能と考える。しかし、長期間義歯をつけなくなると、義歯が合わなくなることや、歯ぐきがやせてしまうことを考え、ショートステイやデイの時だけでなく、自宅でも可能な限り、義歯をつけて食事をするように話をする。					
P:問題解決の 為のプラン	*お粥は全粥から七分がゆに変え、見た目の量は変えずにカロリーを減らす。 *週2回義歯をつけて食事ができる。 *間食は1回100kcal程度にし、夕食後の間食はやめる					
所見	主に指導は主介護者の長男。本人は意思疎通可能だが、ほぼベット上の生活の為、身の回り事は全て長男がやっている。毎日介護サービスを使い、外とつながりのある生活を送られている。主介護者の長男が家の事や介護を全て行い、ご自身も病院通いがある状態であり、食事づくりが負担にならない指導が必要であった。長男の話を傾聴し日々の頑張りを認め、精神面の安定を図る必要がある。最初は『指導』ということで、不信感があったようだが、話を進めていくうちに、笑顔がみられ、多くの事を話し、受け入れてくれるようになった。					

6. 症例集

症例 NO. 16	M.S さん	連携先	0 歯科	地区	新潟市東区
年齢	90 歳	性別	男	家族構成	本人 妻
連携先からの 依頼内容	嚥下機能評価の結果を受けて、多職種連携し、食形態の変更の希望を叶える		介護度	要介護（3）	
訪問回数	4 回	（ 11/22, 12/4, 12/12, 2/12）			
病名	右被殻出血、高血圧				
身体所見	身長：145.5cm 体重：38.3kg BMI：18.1 kg/m ²			MNA-SF（8）ポイント	
栄養ケア目標	安心安全に栄養補給し、栄養状態を良好に保ち、夫婦 2 人での生活を維持する。				
S:主観的情報	<ul style="list-style-type: none"> ・急いで食べる食習慣あり ・ミキサー食から形のある食形態を変更希望 ・トロミ材の使用で料理の味が変わるので、改善して欲しい。 ・ヘルパー（複数人）は、冷蔵庫の在庫食材を使って短時間で料理し美味しい。 				
O:客観的情報	<ul style="list-style-type: none"> ・11/22 嚥下機能評価 VE 実施→ 主食 3 分粥、おかずをミキサー食 1 品+トロミ材使用きざみ食 1 品 に変更。トロミ材は「ツルリンコ」を勧める。 ・12/12 0 歯科→ 嚥下調整食 4 に変更 ヘルパー手作り料理+調理済み食品+栄養補助食品の併用を勧める。 ・2/12 栄養補助食品（お試しパック利用）は試行に合わず拒否し 宅配弁当も「まごころ」に戻る。 			嚥下機能 <input type="checkbox"/> 可能 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 可能 排泄機能 <input type="checkbox"/> 問題なし 食事介助 <input type="checkbox"/> 必要 会 話 <input type="checkbox"/> 可能	
A:評価	<ol style="list-style-type: none"> 1. 目標栄養量の設定 1400kcal 蛋白質 51.3g 塩分 6g 2. 4 回訪問時には 初回訪問時に比べ体重 3.3 kg 増 3. 退院後、誤嚥性肺炎発症なし 4. 嚥下時、食物残留ある場合はトロミ茶でながす 5. 料理メニューが単一になりやすい 				
P:問題解決の 為のプラン	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事のバランスは偏りがちだが、体重が増加しているのでしばらく観察 2. 夫婦 2 人暮らしで、互いに声掛け、見守りを心がけていただく。 多職種医療職者の在宅訪問とデイサービスの利用あり。 3. 買い物担当者は事前に冷蔵庫の在庫食材確認を行う。 				
所見	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科医の訪問で口腔状態の改善と合わせて食形態の変更で食事摂取量がアップして体重増につながった。 ・本人の嗜好も影響し、蛋白源の主菜が不足の食事バランス不良の問題もあるが、今後も無理のない支援を行いたい。 ・調理担当のヘルパーには、調理方法や在庫の食材の使い方等アドバイスを支援したい。 				

6. 症例集

症例 NO. 17	N.Y さん	連携先	S 診療所	地区	新潟市西区
年齢	70 歳	性別	男	家族構成	2 人暮らし
連携先からの 依頼内容	体重減少あり		介護度	要支援 (1)	
訪問回数	3 回	(11/16 , 12/14 , 1/21)			
病名	高血圧症、骨粗鬆症				
身体所見	身長 : 157.6cm 体重 : 41kg BMI : 16.5 kg/m ²			MNA-SF (5) ポイント	
栄養ケア目標	(長) 食欲回復により食事量が増え、体重を増やし筋力をつけることで 1 人で外出できるようになる (短) 必要栄養量の確保、活動量アップ、外部刺激を増やすことで食欲不振の改善を図る				
S: 主観的情報	<ul style="list-style-type: none"> * 仕事を辞め、外出機会が減り食欲がわからない * 摂食日時間がかかり、食事をすることに疲れ、食事量も少なくしている * 間食は一切しなくなった。* 筋力低下による歩行困難 * 1 人で外にでられない 				
O: 客観的情報	<ul style="list-style-type: none"> * 体重減少 3 ヶ月で△4.1kg (自宅体重測定行われず) * 食事内容概要 (聞き取り) 推定栄養量 1000kcal, 水分摂取 10 * 最低必要量 1400kcal, 蛋白質 50g * 買い物は妻が近隣の娘さんと週 2~3 回 (妻ポリオで松葉杖) * 鍼灸院を閉院し、仕事を辞めたことによる喪失感や活動量の低下から気分が沈みがちで食欲不振につながっている。 			嚥下機能	可能
				咀嚼機能	可能
				排泄機能	問題
				なし	
				食事介助	必要
				会 話	可能
A: 評価	<ul style="list-style-type: none"> * MNA-SF 5 ポイント低栄養状態 (1 日摂取量~1000kcal でエネルギー・蛋白質不足) * 食欲不振、摂食による疲労感からさらに体重減少、低栄養になる可能性がある。 * 妻が夫の現状をどう理解しているか不明。痩せてきたことへの心配が感じられない。 * 本人がもっと元気になりたいとの希望があることから介護サービスの利用を検討する必要 (支援 1 の認定がおりたばかり) 				
P: 問題解決の 為のプラン	<ul style="list-style-type: none"> * 食事内容の充実~朝・昼・夕と必ず蛋白質をそろえる (今は好む物を摂取) * エネルギーの確保~食事量少ないので間食で栄養を補う (栄養価の高いおやつを利用して少量でも回数を増やすことでエネルギーの確保を図る。 * 食事量の確保が今後も難しい場合は栄養補助食品の利用を検討 * 食欲回復、活動量アップのため外部刺激を増やす必要があることから介護サービスの利用をケアマネと検討することを提案 				
所見	<p>訪問回数がかさむにつれ、体重の変化の意識・関心がでて『食べなければ元気になる』という意識が生まれ、食事量のアップにつながり、体重も 3 回目には 1.6kg 増え、表情も明るくなり、顔の艶もよくなった。訪問リハビリも週 2 回で開始され、本人も楽しんで歩行訓練している様子であり、本人は『多職種がかかわり自分のことを心配してくれている』と喜んでいる。</p> <p>体重に気づかせる視点で本人に食事の大切さをストレートに伝え改善できた事例である。</p>				

6. 症例集

症例 NO. 18	K.T さん	連携先	025 (268) 2108	地区	新潟市西区
年齢	75 歳	性別 男	家族構成	夫婦・娘の3人家族	
連携先からの 依頼内容	がんセンターで栄養指導を受けた。レシピももらった、間食量が多いので指導希望		介護度	要介護 () 要支援 ()	
訪問回数	3 回	(11/20 , 12 /14 , 1/24)			
病名	糖尿病				
身体所見	身長：158 cm 体重：47.5kg BMI：19 kg/m ²		MNA-SF (12) ポイント		
栄養ケア目標	糖尿病食 1600 kcal を5回食の分食をバランスよく摂取できるようになる。 特に間食量に気を付ける。				
S:主観的情報	<ul style="list-style-type: none"> ・逆流等あり医師の指示で5回食の分食、菓子（特にせんべい）を好み時々摂取。飲み込みにくい食材が多くあり。 ・持続型インスリン使用でBS200mg/dl 前後、時々600mg/dl で医師に相談し単位調整を実施。 ・がん治療中は体調が悪く、食欲を優先に無理をしない食事になっている。 				
O:客観的情報	<ul style="list-style-type: none"> ・料理を多く作り分けて分食しているが、味気なく続かない。 ・欠食が多くほとんど5回食ができてない。 ・主食計量や加熱調理もあまりできてない。 ・最近のはがん治療の為、体力、意欲なくレトルトの雑炊を頻繁に利用している。 ・1月初旬にインフルエンザに罹患し体重低下(1/24 44.2kg) 又硬いものがより食べにくくなり副作用の下痢も重症。 			嚥下機能 可能 咀嚼機能 可能 排泄機能 問題なし 食事介助 必要 会 話 可能	
A:評価	① 分食がうまくできていない。欠食も多5回食のカロリー配分に差があり不安定。 ②食事内容は糖質中心で蛋白質や野菜が少ない。 摂取内容はレトルト、インスタント食品、惣菜、果物、パンが中心 ③体力、意欲ともになく食事の用意ができない。				
P:問題解決の 為のプラン	①欠食を減らし、1日5回食に近づけていく。 本人の希望で食事記録しており、空欄を減らしていく。 ②継続可能な蛋白質と野菜を追加 現在の食事に追加しやすい食材の提案。習慣化できそうな食品を見つける。 ③栄養補助食品の利用を勧める。 取扱店、通販カタログの紹介を行う。				
所見	4回目の指導を予定していましたが、がん治療中で体調悪化し休薬期間に訪問日変更希望。 その後体調不良で入院し訪問終了となった。				

6. 症例集

症例 NO. 19	M.M さん	連携先	Kクリニック	地区	新潟市中央区
年齢	88 歳	性別	女	家族構成	3人暮らし (本人・娘・娘の長男)
連携先からの 依頼内容	5月中旬から6月初旬にかけ、咽頭部出血 のあと、食欲低下があり体重減少		介護度	要介護 (2)	
訪問回数	2 回	(6/26 , 7/9)			
病名	咽頭がん・認知症				
身体所見	身長： 145 cm 体重：31.8kg BMI：15.1 kg/m ²			MNA-SF (3) ポイント	
栄養ケア目標	普通の食事を少しでも食べさせたい				
S:主観的情報	5月下中ころより、食欲低下が顕著で食事を食べたがらず、かろうじてメイバランスを3本/ 日飲むが食事は2～3割程度摂取で体重減少が顕著。				
O:客観的情報	身長145cm, 体重31.8kg, BMI15.1kg/m ² ふくらはぎ周囲長：25.5cm 摂取栄養量：900～1000kcal/day 必要栄養量：1200kcal 蛋白質 69.5g 水分 1000cc MNA-SF 評価：3 ポイント (低栄養)			嚥下機能 <input checked="" type="checkbox"/> 可能 咀嚼機能 <input checked="" type="checkbox"/> 可能 排泄機能 <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし 食事介助 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 会 話 <input type="checkbox"/> 可能	
A:評価	1. 現状のメイバランス3本は飲めることからある程度は栄養が取れているが必要量をクリアーしていない 2. 咽頭にがんがある為、酸味の強いものやパサパサして鋭角の食べ物は避けること。 のど通りの良い食品 (とろろ芋、豆腐、卵) など食品選択が必要				
P:問題解決の 為のプラン	① メイバランス使用で800kcal+400kcal (おやつ、ごはん) のメニュー紹介を行う ② 軟らかい食材を用いたレシピの紹介 (まぐろ山かけ・豆腐の卵とじ・ポタージュ) ③ 食品や調理は注意事項を参考にしながらお楽しみ程度に対応する ④ メイバランスは継続する				
所見	2回訪問後に転倒があり、入院となった事例。訪問時は無表情で傾眠状態であったが、娘さんが介護関係に勤務していたこともあり、介護者の娘さんは協力的であったが、食欲が戻ることはなかった。介護者の娘さんは訪問に関しては必要栄養量や現状の栄養量など理解され、満足されていたがご本人の状態回復には至らなかった。				

6. 症例集

症例 NO. 20	K. A さん	連携先	I 薬局			地区	新潟市中央区	
年齢	85 歳	性別	女	家族構成	息子夫婦・孫と同居			
連携先からの依頼内容	血糖値コントロールが非常に不良、高血糖と低血糖の揺れ幅が大きく、苦慮している。何とか安定出来ないか。				介護度	要支援 2 視力障害 3 級		
訪問回数	3 回	(1/ 29 , 2/25 , 3/12)			MNA-SF (14) ポイント			
病名	糖尿病 左心房肥大(入院歴) 眼底出血(入院・手術歴) 椎間板ヘルニア他							
身体所見	身長： 138cm 体重： 46.2 kg BMI：24.2 kg/m ²				ディサービス 2 回/週			
栄養ケア目標	血糖コントロール不良の状況を安定させて、安心して療養生活を送りたい。							
S： 主観的情報	<p>1 長年の糖尿病治療で食事について十分に注意して来たが、血糖値が安定せず心配。</p> <p>2 ディサービスの月 1 回のお誕生日ケーキを食べても高血糖にはならないのが不思議。</p> <p>3 食事記録は忘れてしまって記入できない。食事時間も忘れていていることがある。</p>							
O： 客観的情報	<p>身長 138cm 体重 46.2kg BMI：24.2 kg/m²</p> <p>インシュリン朝 1 回 経口薬 3 回/1 日</p> <p>食事摂取量 約 1,120~1,200Kcal/日</p> <p>朝：飯 120g 鮭大 1/2 切れ 野菜和え物 みそ汁 1/2 杯 果物</p> <p>昼：軽食 牛乳 バナナ</p> <p>夕：飯 120g 鮭大 1/2 切れ 野菜炒め(肉入り)みそ汁 1/2 杯</p> <p>1. 高血糖が心配で魚の切り身を半分にし、油や肉を減す等食事量を制限している。卵、豆腐、唐揚げ 2 回/週程度</p> <p>2. 菓子はディサービス以外では食べないようにしている。</p> <p>3. 起床時間が 8 時で以前より遅くなり、昼食、夕食も不規則</p>					<p>嚥下機能 可能</p> <p>咀嚼機能 可能</p> <p>排泄機能 問題なし</p> <p>食事介助 問題なし</p> <p>会 話 可能</p>		
A：評価	<p>1. 不安定な血糖値と体調の悪さが重なり食生活が原因だと考え、必要以上に食事量を減らし、食べることを制限していた。(指示量 1,360Kcal の 8~9 割程度の摂取)</p> <p>2 物忘れが多くなり、転倒が多くなったことが生活意欲全般を低下させ、治療全体への不安となり、精神的に抜け道の無い悪循環に陥ったようである。</p>							
P：問題解決の為のプラン	<p>1 体調不良で気が滅入ってしまうこともあろうが、気を取り直して食事を大切にし、これまで長年継続して来たやり方で大丈夫であること、規則正しく食べることが健康の基本であることを説明。</p> <p>2 血糖測定とインシュリン注射、食事のとりかたを何とか規則正しく継続できるよう家族からの支援も検討しながら自立心の強いこの方への継続的な支援が大切である。</p>							
所見	<p>食事療法について十分に知識と経験のある方なので、落ち着いてゆっくり考えることにより、まだまだ自己管理より、在宅療養が継続出来ることを伝えると、少し安心した様子である。今後、本人の血糖測定値が規則正しい食事摂取量に関係なく変動するようであれば、医師へその旨を報告し、診療をお願いすることとする。</p>							
1,360Kcal	表 1	表 2	表 3	表 4	表 5	表 6	調味料	
17 単位	7 飯 120g×3 食	1.5 0.5×3 回	4	1.5	1	1.2	0.8	

6. 症例集

症例 NO. 21	W.Hさん	連携先	居宅介護支援事業所N	地区	新潟市北区
年齢	70 歳	性別	男	家族構成	本人・妻・長男
連携先からの 依頼内容	入院中に引き続き、低栄養、胃切後のダンピング症候群に対する食事について		介護度	要介護（ 4 ）	
訪問回数	2回	（ 2/18 , 3/25 ）			
病名	大腿骨頸部骨折術後、胃がん（全摘）				
身体所見	身長：168cm 体重：42.6kg BMI：14.9 kg/m ²			MNA-SF（ 6 ）ポイント	
栄養ケア目標	・ダンピング症候群による低血糖を防ぎ、低栄養改善により筋量維持を図り転倒を予防する。（本人、家族の意向：現在の状態を維持し、今より悪くならない）				
S:主観的情報	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が気に入れば食べ、気に入らないと食べず、怒り口調でクレームの電話を掛けてきていた。1回目の訪問後よりご飯の量を少し減らし、大きい器に変えて対応。 ・週5日デイサービス利用、自宅ではベットで横臥、10時のおやつ欠食あり。 ・夜中にトイレに行き、転倒し、長男を呼んだこともあるが最近はなさそう 				
0:客観的情報	身長：168cm 体重：44kg(+1.4kg/1ヶ月) BMI：15.6 kg/m ² 入院中の食事提供量：2030kcal 必要栄養量：2030kcal 退院後の食事摂取量：推定 1800~2000kcal 食事回数：3回 間食：10時 15時 夕食後 MNA-SF：6点（低栄養）栄養アセスメント（中等度低栄養） ・ほとんど歯は無いが義歯使用せず。			嚥下機能 可能 咀嚼機能 可能 （義歯なし） 排泄機能 問題なし 食事介助 自立 会 話 可能	
A:評価	<ul style="list-style-type: none"> ・夜中転倒しているが、低血糖が原因か、起立性低血圧なのか判断できない。 ・義歯を使用していないため、硬いものは食べにくい。 ・食事の用意は本人の意向を聞きながら妻が3食用意し、概ね必要量は準備可。 ・デイ利用以外の2日間も起きて過ごす時間が増えると良いが、デイを週5日利用し、現状の活動量を維持できれば良いと思われる。 ・活動量は入院時より低下している可能性あり、主食量を2/3程度減らし、ダンピング症候群予防の為、油脂類や蛋白質増量で対応し、低血糖症状は起こっていない。 ・家族の食事に対する不安を軽減できるまで、訪問栄養指導を継続がよいと思われた。 				
P:問題解決の 為のプラン	<ul style="list-style-type: none"> ・食事提供量、摂取量を確認する ・活動量、低血糖症状の有無を確認し、食事提供量や内容（食材や間食）の調整。 ・義歯装着しておらず、食事形態や食品選択について検討する。 ・体重の推移を確認する。 				
所見	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅では血糖測定できず、本人の訴えでしか低血糖を確認することができない。入院中も本人からの低血糖症状の訴えはないが血糖測定にて低血糖が判明することが殆どであった。 そのため活動量を聞きながら食事提供量の調整と摂取量の確認が必要である。 ・骨折は寝たきりの原因となりうるため、低血糖による転倒、骨折予防、また、家族の食事に対する不安軽減のためにも、今後も継続して訪問栄養指導が必要と考えられた。 				

6. 症例集

症例 NO. 22	I. S さん		連携先	クリニック	地区	上越
年齢	69 歳	性別	男性	家族構成	夫婦、長男家族	
連携先からの 依頼内容	カリウム値(基準 5.5)8 月 : 7.32mEq/l、GA 値(基準 20 以下)8 月 : 32.1%。身長 159.5cm、IBW56.0kg、DW63.0kg、CTR54.6%。家族が食事指導を希望				介護度	要介護 (4)
訪問回数	3 回	(8/27、9/12、10/17)				
病名	糖尿病 (インスリン注射)、慢性腎臓病、人工透析 (3 回/W)					
身体所見	身長 : 159.5cm 体重 : 66.1kg BMI : 26.4kg/m ²				MNA-SF () ポイント	
栄養ケア目標	食事療法で、カリウム値、血糖値、GA 値の安定を図る。体重を増加させない。(ドライウェイト 63kg)					
S:主観的情報	<p>若い時に糖尿病を発症され、その後腎機能低下し腹膜還流そして人工透析となる。現在、車椅子の生活で、妻が食事・介護を献身的にされている。</p> <p>人工透析 (週 3 回)、インスリン注射を実施、血液検査では、カリウム値・血糖値、GA 値が高い状態である。また、体重のコントロールがなかなかうまくいかない状況である。</p> <p>病院では、透析食について簡単な説明とパンフレットだけで、家族は何をどれだけたべてよいか解らず、訪問栄養指導を希望される。 ※デイサービス : 3 回/W 利用。</p>					
O:客観的情報	身長 : 159.5cm 体重 : 66.1kg(9 月)、BMI : 26.4kg/m ² 、食欲あり (カリウム値)7 月-7.12mEq/l 8 月-7.32mEq/l 9 月-5.46mEq/l (血糖値)8 月-236mg/dl、9 月-260mg/dl、10 月-211mg/dl (GA 値)8 月-32.1%、9 月-32.1%、10 月-33.1% (ドライウェイト)63kg→63.5kg				嚥下咀嚼 ■可能 排泄機能 ■介助 会 話 ■可能	
A:評価	<p>①カリウム値高値のため、カリウム制限の必要あり</p> <p>②塩分についてみそ汁は、1 回/日、漬物は食べないなど注意はしているが、再度、徹底して理解を求める。</p> <p>③水分制限 (1 日 600ml) もきちんと理解されていない。</p> <p>④血糖値、GA 値が高い為、食べすぎの可能性が大である。</p>					
P:問題解決の 為のプラン	<p>① カリウムの取りすぎに注意する→特に注意が必要な食品…果物、野菜、芋類など。 ・カリウムを減らす為の調理の工夫→野菜・芋類は茹でこぼし、生野菜は水にさらす。 ・生果物の食べかた</p> <p>② 減塩に努める (目標-塩分 6 g) →みそ汁は 1 回/日、漬物はなし、調理方法の工夫など</p> <p>③水分制限(1 日量 600ml)→ペットボトルに 1 日の量準備、入浴後「氷」を食す(サービス:250ml)</p> <p>④体重を計測する (目標体重 65kg) →透析時・デイサービス 1 回/W</p> <p>⑤食事制限にて血糖値を下げる。(目標エネルギー1,600kcal) 主食の量を決める、芋類・おやつの量に気をつける。</p>					
所見	食事療法を理解していただき、介護者の奥様の協力もあり、カリウム値については改善されたが、血糖コントロールについては今後の課題である。訪問時 3 回ケアマネが同席され、2 回目はデイサービス相談員同席にて「サービス担当者会議」が開催され、多職種との連携ができた結果に繋がりました。					

6. 症例集

症例 NO. 23	Y.K さん	連携先	地域包括支援センターS	地区	三条	
年齢	78歳	性別 女		家族構成	独居世帯	
連携先からの 依頼内容	冬期間冷凍食品や缶詰を備蓄しているが、そのまま食べても飽きるの缶詰の料理を教えてほしい。		介護度	要介護 () 要支援 ()		
訪問回数	2回	(11/23, 12/20)				
病名	脊柱管狭窄症					
身体所見	身長：159.0cm 体重：51.9kg BMI：20.5 kg/m ² (12月)			MNA-SF (10) ポイント		
栄養ケア目標	<ul style="list-style-type: none"> ・1日3食主食、主菜、副菜をそろえて食べる ・冬期間は商店街の配達サービスや宅配弁当を購入して食事を摂る ・越冬野菜、冷凍食品や缶詰を利用した料理の工夫 					
S:主観的情報	<ul style="list-style-type: none"> ・H22年頃に脊柱管狭窄症発症。後遺症から臀部の付け根付近の痛みが継続しており歩行時不安定になる。 ・商店街から配達サービスを受けているが、昨年の冬は大雪で買い物にも行けなかったため、1月～3月の3か月間生協の宅配弁当を購入した。(今年も購入する予定) ・越冬野菜、冷凍食品や缶詰等備蓄しているが、缶詰の調理方法を教えてほしい。 					
0:客観的情報	身長：159.0cm 体重：51.9kg BMI：20.5kg/m ² (体重は横ばい) <ul style="list-style-type: none"> ・通院：S整形外科クリニック：年1回受診 ・食事摂取状況 <ul style="list-style-type: none"> 11月 1日摂取量：1805kcal たんぱく質 84.1g 塩分 8.2g PFCバランス：P18.8% F21.4% C59.8% 12月 1日摂取量：1528kcal たんぱく質 61.9g 塩分 7.1g PFCバランス：P16.4% F20.7% C62.9% <p style="text-align: center;"><*昼食は施設Hルームで喫食></p> 主食 朝食 ごはん 昼食 パン食 (週の半分) → 食パン+チーズ 夕食 ごはん			機能 <u>嚥下</u> 可能 <u>咀嚼</u> 可能 <u>排泄</u> 問題なし <u>食事介助</u> 必要なし <u>会話</u> 可能		
A:評価	<ul style="list-style-type: none"> ・朝食と夕食は主食、主菜、副菜をそろえて食べている (主食のごはん量は165g) ・昼食がパン食や麺類の日は主菜と副菜が摂りにくい ・便秘があるので、積極的に水分補給をする 					
P:問題解決の 為のプラン	<ul style="list-style-type: none"> ・昼食の主菜は簡単に調理できる卵やハムなどの加工品や缶詰調理の工夫をする ・食物繊維の多い野菜やきのこ類、海藻、いも類を積極的に摂るようにする ・1日の水分必要量は大人で約1500~2000mlであり、意識的に摂るよう説明 					
所見	<ul style="list-style-type: none"> ・冬期間に備え越冬野菜や冷凍食品等食材を備蓄しているが、12月下旬から宅配弁当を購入している。今後は、弁当のみであると野菜不足や低栄養になりがちであるので、今回指導した缶詰調理や越冬野菜を利用して調理し、健康的に暮らすことを期待したい。 					

6. 症例集

症例 NO. 24	M. K さん	連携先	地域包括支援センター S	地区	三条	
年齢	74 歳	性別	女	家族構成	独居世帯	
連携先からの 依頼内容	7月から体重が増加してきたので、膝に負担がかかるため栄養指導をしてほしい。		介護度	要介護 () 要支援 ()		
訪問回数	2 回	(11/9, 12/18)				
病名	変形性膝関節症					
身体所見	身長：143cm 体重：61.0kg BMI：29.8kg/m ² (11/20)			MNA-SF (14) ポイント		
栄養ケア目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1日3食、主食、主菜、副菜をそろえて食べる ・ ゆっくりよく噛んで食べ、食べ過ぎを防ぐ ・ 体重が増加すると膝に負担がかかるので、体重が増えないようにする 					
S:主観的情報	<ul style="list-style-type: none"> ・ 変形性膝関節症、H28年11月に自転車で転倒し膝を骨折し手術した。 ・ H30.7月から12月(6か月間)まで市の複合型通所事業に参加してきた。7月から毎月体重が1kgずつ増加したので、食事調査を実施し栄養指導を行うことにした。 ・ 歯を丈夫にするために毎日ピーナッツを食べ、夕食は太るからと主食を食べない。 					
O:客観的情報	<ul style="list-style-type: none"> ・ 体重は毎月1kg増加 (*7月 58.8kg 8月 59.2kg 10月 60.2kg) ・ 通院：白内障4月に1回、左膝蓋骨骨折：年1回受診 ・ 食事摂取状況： 11月 1日摂取量：1917kcal たんぱく質 103.4g 塩分7.8g PFCバランス：P 21.3% F 34.6% P C 44.0% 12月 1日摂取量：1771kcal たんぱく質 63.5g 塩分7.8g PFCバランス：P 14.3% F 30.8% P C 54.9% 主食：朝食 おかゆ→ごはん 昼食 ごまパン→サンドイッチ 夕食 主食なし(さつまいも)→変わらない 間食 トマト(同じ) 			嚥下機能 可能 咀嚼機能 可能 排泄機能 問題なし 食事介助 必要なし 会話 可能		
A:評価	<ul style="list-style-type: none"> ・ 夕食に主食を食べない(バランス悪い) ・ 食事の速度が速く、過食状態 ・ ナッツ類が歯によいといい、毎日10粒ピーナッツを食べる習慣がある 					
P:問題解決の 為のプラン	<ul style="list-style-type: none"> ・ 夕食も主食、主菜、副菜をそろえて食べる(主菜は1皿、副菜は2皿とする) ・ 1食分の適量を示し、ゆっくりよく噛んで食べると満腹感が得られることを説明 ・ ピーナッツは脂質が多いので、歯を丈夫にするには根菜類や生野菜など歯ごたえのあるものも食べる(10粒⇒5粒に) ・ 目標体重(55kg)を設定。毎入浴後体重を計測して記録を開始(12月初旬から) 					
所見	ピーナッツは10粒から1日おきに5粒と改善したが、夕食の主食は食べていない。12月初旬から入浴後毎日体重を計測し記録したり、12月の食事記録には若干改善がみられることから、今回の指導が本人の意識付けにはなったのかと思われる。					

6. 症例集

症例 NO. 25	T.S さん	連携先	S 病院	地区	村上
年齢	80 歳	性別	男	家族構成	妻と二人
連携先からの 依頼内容	退院後形態 UP の食事を食べたいと希望あり。自力摂取可能だがペースや一口量など、コントロール不良。本人量が多いほうが飲み込み安いと思ひ込みあり。楽観的な解釈で食形態拡大が必須。多職種で注意喚起行うも妻に強くあたるため、退院後のストレスの可能性あり。周囲が慎重に制限をかけていく必要がある。まあ、妻が調理に関して不安を感じていて相談				
訪問回数	3 回	(7/23 , 8/22 , 9/21)	介護度	要介護 4	
病名	進行性核上性麻痺				
身体所見	身長 : 163cm 体重 : 65kg BMI : 24.5kg/m ²		MNA-SF () ポイント		
栄養ケア目標	肺炎をおこさないよう安全に食上げを進めて「形のあるものが食べたい」という本人希望を叶える。				
S: 主観的情報	進行性核上性麻痺により飲み込み悪く、入院中はミキサー食を摂取、本人は退院後普通の食事を食べられると思っている。それを妻は不安に感じている。また、ゼリー状に固めた食事を作れるか不安。退院後は、本人は高校野球を見て楽しんでいる。妻はソフティアを使用し、肉じゃが、カレー、ロールキャベツ等手作り。日毎に種類も増え製氷機を利用し小分け等工夫。冷凍食品等ネットで注文利用。中条愛広苑の S T より食上げ可能ではという話もあり、圧力鍋を利用やバック調理でふわふわ卵を作るなど、種類が広がっている。当初より自力摂取する量が増えている。 自分で起き上がり、妻の介助で車いす移乗は可能。トイレはおむつとフォーレ留置。硬めの便で訪問看護時に敵便してもらう。中条愛広苑デイサービス利用でリハビリ効果がでて、訪問を重ねるたびに、起きている時間が長くなり、会話もスムーズであり声も大きくなってきている。				
O: 客観的情報	H29.12/25~H30.5/8 まで坂町病院入院。上記診断で必要な検査のため新発田病院入院。上記確定診断後リハビリ、退院支援目的にて坂町病院転院。新発田で、胃ろう造設を勧められたが、断固拒否。ST 介入し、ミキサー食がゴールと判断。住宅改修、電動昇降機、ベッド、ターンテーブルなど、妻の介助で移乗。以前のような杖歩行できず。歩行意欲など病識に乏しく、妻の精神的負担が問題。VE 検査実施。喉頭蓋刺激でも感覚低下。嚥下反射惹起遅延。複数回嚥下でも喉頭蓋谷に残留あり。言語機能問題なし。			嚥下機能 可能 咀嚼機能 可能 排泄機能 問題なし 食事介助 必要 会 話 可能	
A: 評価	順調に食事ができている。妻も工夫し様々な料理が提供できている 本人も表情は良くリハビリが順調で食形態の変更も早い段階で可能となった。時間とともに本人の欲求もふえ、妻も進め方が早いと思われるところもあり、むせはなくても不顕性誤嚥の可能性もあるため、今後も注意が必要。				
P: 問題解決の 為のプラン	既製品、ネットの特殊食品の紹介。便秘予防のために油脂や繊維、乳製品の摂取をすすめ、調理の工夫を紹介。そうめんを食べるために工夫、むせないように一口量を調節するため小さいスプーンの利用、交互嚥下など紹介してきた。				
所見	坂町病院入院患者であり、担当看護師、担当 S T からの依頼だったことと、訪問診療該患者でもあったため、妻との連絡や、坂町病院 S T と中条愛広苑 S T との情報交換も容易だった。なんといっても妻がやる気があったことが大きかった。				

6. 症例集

症例 NO. 26	M. I さん		連携先	介護老人保健施設 I	地区	新発田
年齢	75歳	性別	女性	家族構成	独居	
連携先からの 依頼内容	骨粗鬆症の数値が下がってしまった。 何を食えばいいのかわからない。			介護度	要支援 (1)	
訪問回数	2 回	(11/7, 11/19,)				
病名	高血圧、高脂血症、骨粗鬆症、小児麻痺					
身体所見	身長：153cm 体重：47kg BMI：20.1kg/m ²			MNA-SF (11) ポイント		
栄養ケア目標	バランスの良い食事を知る					
S:主観的情報	骨粗鬆症が悪化しないか心配だ 牛乳を飲めと言われるけど腹がいっぱいで飲めない あんまり腹が空かないんだよね					
0:客観的情報	ΣGS/D 1.48mmAI 同性同年代平均値 67.93% MCI 0.262 若年成人平均値 51.52%			嚥下機能 <input checked="" type="checkbox"/> 可能 咀嚼機能 <input checked="" type="checkbox"/> 可能 排泄機能 <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし 食事介助 <input type="checkbox"/> 必要 会 話 <input checked="" type="checkbox"/> 可能		
A:評価	<ul style="list-style-type: none"> ・宅配食を利用しているが食べきれず、冷凍庫がパンパンになっている。 ・食べきれない原因の一つとして薬やサプリメントの摂取が多いこと、友人とのお茶飲みでの甘いコーヒーや菓子類の摂取が多いことが考えられる。牛乳が飲み切れなものも同様と考えられる 					
P:問題解決の 為のプラン	<ul style="list-style-type: none"> ・間食を減らし3食しっかり食べることを指導する ・効果の感じないサプリメントは中止することを提案する。 ・お茶のみの際の甘いものを食べる回数を減らす。(甘いものは1日1回にする) 甘いお菓子を食べたら甘くない飲み物を、甘い飲み物を飲むときは、甘くない(砂糖を使っていない) 果物や小魚、ナッツなどにすること。 ・食事の際は、必ず肉・魚・卵・豆腐を使ったおかずを1品は食べる ・天気が良い日は日光浴を行うことでビタミンDの生成を促すことも骨の為には大切である事を伝えた。 					
所見	2回目の訪問では、サプリメントの摂取については変わらないが、友人とのお茶飲みの際のおやつには気を付けているようであった。本人からも「おやつのは量は減ったかも。代わりに果物を食べた。」等の言葉も聞かれた。食事に関しても以前より主菜を意識的にとるようになったことで、たんぱく質の摂取が増え、食事のバランスも改善傾向と思われる。					

6. 症例集

症例 NO. 27	k. k さん		連携先	T 居宅支援センター	地区	新発田
年齢	82 歳	性別	女	家族構成	長男夫婦、孫、本人	
連携先からの 依頼内容	血糖コントロールがうまくいっていないので食事指導をお願いしたい			介護度	要支援 (2)	
訪問回数	2 回	(2/1, 2/15)				
病名	糖尿病					
身体所見	身長 : 150cm 体重 : 70kg BMI : 31.1kg/m ²			MNA-SF (13) ポイント		
栄養ケア目標	血糖コントロールを良好に保ち、楽しく食事する					
S: 主観的情報	血糖値が高いといわれ、心配。どうにか血糖値を下げたい。少し前から食事を見直し、間食も減らしたが、これでよいかどうか知りたい。					
0: 客観的情報	11 月の検査値 血糖値 250mg/dl, HbA1c 7.1% 12 月の検査値 血糖値 134mg/dl, HbA1c 7.3% 1 日推定栄養摂取量 1000~1100kcal デイサービスの昼食・おやつは完食している 必要量 = 標準体重 49.5kg × 28kcal/kg = 1386kcal			嚥下機能 可能 咀嚼機能 可能 排泄機能 問題なし 食事介助 必要 会 話 可能		
A: 評価	#1. 改善後の食事量は必要量より少な目である #2. 基本的に主食 + 主菜 + 副菜を毎食揃え、乳製品、果物も揃えられバランス良好 #3. 食事時間も規則的で各食均一に食べられているが、主食が少ない。					
P: 問題解決の 為のプラン	#1. 主食量を増やし、極端に減らさない。 #2. 3 食はしっかり食べることと果物もきちんと取る旨、指導 #3. 血糖が気になって減らすことばかり考えている様子だったので、気持ちにゆとりをもつ					
所見	指導前より自身の食生活改善を行っており、ごはんは仏様の茶碗 1 つしか食べない、お菓子も極力減らすなど、食事療法を継続させるためには、もう少し余裕をもって食生活を管理するように助言をした。このまま、現在の食事を継続することで血糖コントロールできると思われる症例である。					

6. 症例集

症例 NO. 28	K. T さん	連携先	K病院	地区	柏崎市
年齢	85 歳	性別	男	家族構成	妻と 2 人暮らし
連携先からの 依頼内容	自宅で食事療法の手助けになるような内 容で指導		介護度	要支援 (2)	
訪問回数	2 回	(11 /14 , 12 /19)			
病名	糖尿病				
身体所見	身長 : 157 cm 体重 : 53 kg BMI : 21.5kg/m ²			MNA-SF (13) ポイント	
栄養ケア目標	長期目標 : 食事を通して健康な日常生活を送る。 短期目標 : 糖尿病でインスリン加療を行っているので、血糖測定により低血糖、高血 糖を起こさない食生活を送る。				
S:主観的情報	<ul style="list-style-type: none"> ・血糖自己測定 (SMBG) 朝、夕実施をカレンダーに記載 ・夕食時間を早めたいが、妻の協力を得られず難しい。 ・指導は調理担当の妻同席希望だが、言い合いになるので自分 1 人をお願いしたい。 ・食生活で芋類の使用が多いと指摘を受けたので利用回数を減らした。 ・間食は一時菓子パン摂取を控えたが、又、あんぱんや甘いお菓子の利用に戻った。 				
0:客観的情報	<ul style="list-style-type: none"> ・血糖自己測定はするがデータの振り返りはなし。 HbA1c : 8.6% (10 月) →8.6% (11 月) →8.9% (12 月) ・食事内容は毎日ほぼ同じ。野菜は自家制、その他食材は 購入し惣菜利用もあり。 ・食事を残すと妻から色々いわれる。 ・普段は畑作業を妻としている。畑までは車で移動 ・妻は認知機能低下傾向 			嚥下機能 可能 咀嚼機能 可能 排泄機能 問題なし 食事介助 必要 会 話 可能	
A:評価	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護師の指導により血糖自己測定は習慣化できているが、振り返りはなし。 ・摂取量は間食を含めるとやや多い、自己測定値と関連づけての理解が必要 ・妻は認知機能低下傾向、食事療法の協力は難しい面もあり。用意のおかず量が多い ・本人の可能な取り組みについて知識を得てもらうことが必要。 				
P:問題解決の 為のプラン	<ul style="list-style-type: none"> ・自己測定データの振り返りの知識を得る。データの目標値を覚えて意識する。 ・朝、夕血糖目標値 200mg/dl ↓ (朝 150~200mg/dl) (夕 200~250mg/dl) 300mg/dl ↑ は高値であり体調が変わらずとも高血糖を意識する。 ・測定値高値の原因の説明を行い、測定値記入カレンダーに目標値の記入を説明する。 ・血糖上昇しやすい食材、料理の説明 (南瓜、芋類、主食等) と摂取量の加減 ・夕食前の血糖値上昇防止の為に間食の選び方、分量をフードモデル利用して説明、 				
所見	<ul style="list-style-type: none"> ・畑作業や室内作業である程度の活動量はある。 ・高齢だが血糖自己測定をきちんと実施できている。 ・食事内容と食べ方との血糖影響を説明し知識を得て実践につなげる ・ケースワーカー同席の指導であり、訪問の際、繰り返し声掛けしていただく 				

6. 症例集

症例 NO. 29	S. H さん		連携先	N介護サービス柏崎	地区	柏崎
年齢	80 歳	性別	男	家族構成	本人 妻 (2人暮らし)	
連携先からの 依頼内容	在宅介護における食事アセスメント 生活習慣の見直し、調理指導			介護度	要介護 (3)	
訪問回数	2 回	(2/12・2/26)				
病名	脳梗塞 高血圧症					
身体所見	身長：153 cm 体重：44kg BMI：18.8kg/m ²			MNA-SF (9) ポイント		
栄養ケア目標	健康な日常生活を送るための食生活改善、指導					
S:主観的情報	脳梗塞のため入院 H30・9月退院 右側経度麻痺 失語症 自宅歩行器または壁つたいに移動。 外出は車いす使用。					
O:客観的情報	9月退院 (9月以前 50kg前後) 10月42.5kg (体重の推移) 11月43.5kg 12月44.1kg 1月 44.4kg 2月 44.0kg			嚥下機能 <input checked="" type="checkbox"/> 可能 咀嚼機能 <input checked="" type="checkbox"/> 可能 排泄機能 <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし 食事介助 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 会 話 <input type="checkbox"/> 可能		
A:評価	嚥下・咀嚼可能。 妻 (調理担当者) の調理知識・意識が高い。 時折むせが有るので、喉の通りに留意した食事形態を説明する必要がある。					
P:問題解決の 為のプラン	・主食：お粥 おじやの他に水分多めの『軟らかご飯』を勧める。 ・副菜：野菜や魚は軟らかく調理し、自宅に有る調味料で片栗粉のあんを作る。 自然な外観で食欲が増す料理作りを行う。フードカッターを紹介する。 固くて噛み切れない食材は、刻むことによりかえってムセの原因となると説明した。					
所見	右側軽度麻痺、失語症であり、1日の大半はベッド上で過ごす。 排泄は、歩行器・壁つたえに移動して自立。ディサービス・通院は車いすを使用。 嚥下・咀嚼は可能であるが時折ムセが有る。 食事はベッド上に体を起こし、自立している。食事については介護者である妻の意識が高く、今回の指導を受け、適切な食形態を調理に生かすことで、在宅でも楽しく美味しい食事が可能となると思われる。					

6. 症例集

症例 NO. 30	K. K さん	連携先	M保健所地域保健課	地区	魚沼
年齢	82 歳	性別	女	家族構成	夫、息子夫婦、孫
連携先からの 依頼内容	夫より、体重の減少があり、食事について栄養士に相談したい。との希望有。		介護度	要介護（ 3 ）	
訪問回数	3 回	（ 7/30, 8/20, 10/24 ）			
病名	脊髄小脳変性症				
身体所見	身長：148cm 体重：29kg BMI：13.2kg/m ²			MNA-SF （ 5.5 ） ポイント	
栄養ケア目標	体重の維持・増加と、夫の負担減。				
S:主観的情報	夫が介護を行っている。DS 週 2 回、SS 月 1 回 2 泊 3 日、その他の日はヘルパー利用。食事はミキサー。家でも噛まずに食べられるレシピが知りたい。寝たきりのため、ヘルパーの利用を行っているが、食事への関与はなし。甘酒、あんこ、MIX プリンは食べる。エンシュアは本人が好まないため 1 日 1/3 缶程度飲む。				
0:客観的情報	昨年訪問実施時、夫の介護技術に不足を感じたため、ケアマネを通じて介護サービスの利用増加による食事のサポートを進めるが、夫より拒否がある。今年に入ってから夫自身の体調不良があり、ショートステイの利用増加を検討しはじめた。本人は認知機能が低下しているため、デイサービスでも食事時に口を開かないことがある。H30.6 血清アルブミン値 3.1g/dl。10/24 上腕周囲長 18 cm、ふくらはぎ周囲長 19 cm。			嚥下機能 <input checked="" type="checkbox"/> 可能 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 可能 排泄機能 <input type="checkbox"/> 問題なし 食事介助 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 会 話 <input type="checkbox"/> 可能	
A:評価	低栄養と判断。体重増加のため、食環境を整える必要がある。				
P:問題解決の 為のプラン	自宅で食べやすいレシピと、食事時間の見直しなど、本人の食環境を整える提案を行う。介護サービスの利用増加をケアマネージャーと共に検討し進める。アルブミン値の捉え方について、医師の判断を仰ぐ。				
所見	夫からレシピを求められるため提供したが、その後作られている様子はなかった。作れない場合は、惣菜を購入してもよいことを伝え、具体的なメニューをノートに書き記し、提案するが、その後も夫の行動変容はなかった。食事を摂らないことについて、夫の負担にならないように言葉掛けを行う。8/16、ケアマネージャーと共に主治医を訪問。医師はアルブミン値 3g/dl 以上の場合は問題ないと判断する。夫より「栄養士が訪問することで安心する。」との言葉があった。提案した内容を実行し、わからないことがあったらいつでも連絡して欲しい旨を伝えて訪問を終了とした。				

6. 症例集

症例 NO. 31	T.S さん	連携先	N地域包括支援センター	地区	十日町
年齢	87 歳	性別	男	家族構成	独居
連携先からの 依頼内容	低栄養改善 減塩支援		介護度	要支援（ 2 ）	
訪問回数	2 回	(2/25 , 3/7)			
病名	高血圧症 心疾患				
身体所見	身長：142cm 体重：40kg BMI：19kg/m ²			MNA-SF (12) ポイント	
栄養ケア目標	低栄養改善 ・ 血圧管理				
S:主観的情報	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人は健康と思っているが、血圧が上がることを心配している。 ・ 自宅での入浴は医師から禁止指示がでている。(ヒートショックの可能性あるため) ・ 現在は1回/週のみ施設で入浴(本人はもう1回入浴を増したい希望あり) ・ 抗血栓薬服用のため、納豆は摂取してない。 				
O:客観的情報	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指示栄養量 エネルギー1400 kcal, 蛋白質 52 g, 塩分 6 g ・ 杖歩行で自宅内、買い物外出あり。 ・ 買い物は1回/週娘が同伴してかけている。(楽しみにしている)。 ・ 薬(11種類の服薬は飲み忘れはなし)。 ・ 血圧が上がるのが不安で神経質なところあり。 ・ 左下第二臼歯欠損しているが治療の意思はなし。 ・ 卵の摂取が少ない。 ・ 魚の骨と固い肉は苦手 ・ 抗血栓薬(イグザレルト)服用 			嚥下機能	可能
				咀嚼機能	可能
				排泄機能	問題なし
				食事介助	必要
				会 話	可能
A:評価	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主食米飯はしっかり摂取しているが、おかず類の摂取が少なく、蛋白質摂取不足なので改善が必要 ・ 薄味を心がけている(試食で確認) 				
P:問題解決の 為のプラン	<ul style="list-style-type: none"> ・ ヘルパーに下記内容の調理協力を依頼 主菜を毎食揃える 買い置きが可能な「卵」や「ツナ缶」を利用した調理方法の説明。 骨なし魚の購入や一口大カットの肉やひき肉を利用する。 ・ 服用の抗血栓薬(イグザレルト)は納豆、緑黄食野菜の摂取制限が不要であると説明。 				
所見	現状の食事を継続することが大切であるが、今後の課題として筋量・筋力を保持するためにもたんぱく源を毎食1品でも入れる習慣付けが望まれる。今回の指導で少しでもヘルパーさんや本人への意識付けとなればよいと思う。				

6. 症例集

症例 NO. 32	F.M さん		連携先	N地域包括支援センター	地区	十日町
年齢	75 歳	性別	男	家族構成	独居	
連携先からの 依頼内容	低栄養改善 指示栄養量 1400 kcal, 蛋白質 58g, 塩分 6g			介護度	要介護 (3)	
訪問回数	2 回	(2/23 , 3/5)				
病名	脳梗塞, うつ病, 認知症, 低栄養					
身体所見	身長 : 149 cm 体重 : 38 kg BMI : 17 kg/m ²			MNA-SF (7) ポイント		
栄養ケア目標	・ 食事内容を整え食事摂取量をふやし低栄養状態を改善する。					
S:主観的情報	痩せて寝ていても身体が痛い。					
O:客観的情報	<ul style="list-style-type: none"> ・ 身長 149 cm、体重 38kg BMI17.0 ・ 食事摂取量 エネルギー1000 kcal、蛋白質 30 g ・ 食事は自立。食欲あり。摂食時にむせやすい。 ・ 開口障害、義歯不適合 ・ 食事内容、主食は軟飯, おかずはきざみ菜 ・ 主食は本人が好みの加減で炊飯する。 ・ おかずは、ヘルパーが 1 週間に 1 回、9 食分調理しているが、本人からの要望が多い。 ・ 同じ料理を数回にかけて食べる。 				嚥下機能 <input checked="" type="checkbox"/> 可能 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 可能 排泄機能 <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし 食事介助 <input type="checkbox"/> 必要 会 話 <input checked="" type="checkbox"/> 可能	
A:評価	・ 食事摂取量不足					
P:問題解決の 為のプラン	<ul style="list-style-type: none"> ・ 蛋白質摂取を増やす ・ 1 日のうち 1 食をおかずのみの配食弁当の利用を提案 ・ きざみ菜対応の配食サービスを子どもとヘルパーに探してもらうよう依頼 ・ 蛋白源の主菜と野菜の副菜を分けて調理し、盛りわけての摂取を勧める。 					
所見	主食の軟飯については強いこだわりがあるがおかずには関心をしめさず、作りおきのおかずを繰り返し食べており、夏場など衛生管理の見守りが必要と思われ、今後は配食弁当も検討が必要な症例であった。					

7. 資料編

7. 資料編

1. 学会資料

- 第65回日本栄養改善学会 学術総会 …………… 【資料NO. 1】 101
公益社団法人 新潟県栄養士会 栄養ケア・ステーション 牧野 令子

2. 在宅栄養ケア大研修会 資料

- 在宅栄養ケア大研修会 講演Ⅰ資料…………… 【資料NO. 2】 104
日本歯科大学新潟生命歯学部 口腔外科講座 教授 田中 彰
在宅栄養ケア大研修会 講演Ⅱ資料…………… 【資料NO. 3】 118
新潟大学大学院保健学研究科 教授 坂井 さゆり

3. 在宅訪問管理栄養士人材育成研修会 資料

- 在宅訪問管理栄養士第2回人材育成研修会 資料…………… 【資料NO. 4】 127
みどり病院 管理栄養士 石月 公美子
在宅訪問管理栄養士第4回人材育成研修会 資料…………… 【資料NO. 5】 132
公益社団法人山形県栄養士会 会長 西村 恵美子

4. 十日町支部在宅栄養ケア研修会 資料

- …………… 【資料NO. 6】 141
認定栄養CS浦医院/地域CS はらぺこスパイス
管理栄養士・介護支援専門員 奥村 圭子

5. 上越地区～医師会経由で毎月発行「にこにご通信」…………… 【資料NO. 7】 154

6. 上越地区作成嚥下調整食一覧 施設別ブック…………… 【資料NO. 8】 155

7. 新潟市医師会在宅訪問栄養食事指導の依頼方法と書式…………… 【資料NO. 9】 156

1. 学会資料

【資料No.1】 第65回日本栄養改善学会 学術総会
 公益社団法人 新潟県栄養士会 栄養ケア・ステーション 牧野 令子

**在宅訪問栄養食事指導の推進活動
 保険適用をめざした6年間の実践と課題**

公益社団法人新潟県栄養士会
 ○牧野令子 川村美和子 入山八江 稲村雪子

**日本栄養改善学会
 COI開示**

発表者名 ○ 牧野 令子¹⁾ 川村美和子¹⁾
 入山 八江¹⁾ 稲村 雪子¹⁾

所 属 ¹⁾新潟県栄養士会

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある
 企業等はありません。

目的

急増する高齢者の在宅療養における疾病の重症化予防とQOLの維持・向上を図るために、個々の在宅療養者に寄り添った効果的な栄養食事指導を保険適用により実践することを目的とした。

方法 (7項目)

- 1 在宅訪問栄養食事指導の実施 (平成24年度から開始)
- 2 人材育成研修会の開催 (H26年度から開始)
- 3 症例検討会の開催 (H27年度から開催)
- 4 評価委員会の開催 (平成24年度から開始・年2回)
- 5 多職種連携・大研修会の開催 (平成24年度から開始)
- 6 在宅訪問共通テキストの作成 (H26年度末・県の補助のもとで作成)
- 7 診療所向けアンケートの実施 (H24年度とH29年度2回)

新潟県栄養士会・在宅栄養ケア推進活動の概要

在宅栄養ケア活動支援整備事業・国の補助事業

- 平成24年度 ・実働を管理栄養士の立場から確認・人材育成事業の推進
栄養ステーションと連携
- 平成25年度 ・在宅訪問栄養指導を試行・人材育成事業の推進
医療関係と連携
- 平成26年度 ・フリーの管理栄養士とかかりつけ医の契約に必要な労働契約書作成着手
人材育成事業の推進

在宅医療(栄養)推進事業・県の補助事業

- 平成27年度 ・栄養ケア事業活動普及拡大と人材育成事業の充実
上越、魚沼地区へ拡大
- 平成28年度 ・かかりつけ医と雇用契約を結び保険制度利用による栄養ケアの実践・拡大
- 平成29年度 ・在宅訪問 栄養ケア事業活動拠点拡大と人材育成事業の充実
- 平成30年度 ・在宅訪問 栄養ケア活動・周知活動を中心に継続中

結果 1 モデル事業・栄養ケア活動実施状況

6年間の累計



訪問指導実数 133名

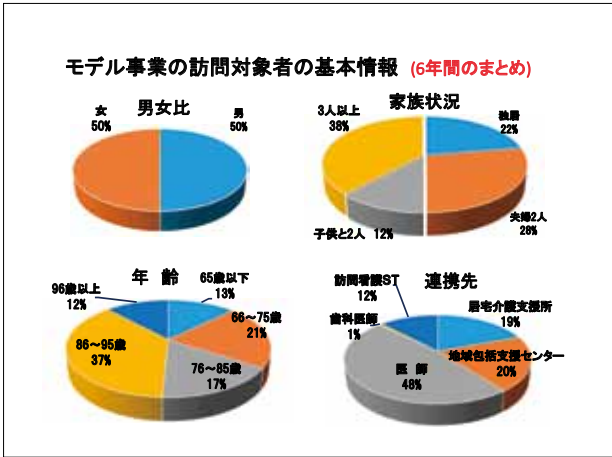
訪問指導延べ数 334名

1人の対象者に1~4回・訪問

訪問対象者の主な疾患

疾患	割合
糖尿病	36%
低栄養	17%
腎疾患	13%
脳血管疾患	10%
心疾患	7%
その他	17%



2 人材育成研修会の開催

平成26年から開始 4年間累計受講者数 実数111名 延べ数511名

研修会	人数	研修内容	講師
第1回 7/30	33名	・在宅でのがん治療 ・在宅での歯科治療	在宅ケアクリニック川岸町 藤岡裕子先生 やまもと歯科 山本 真由美院長
第2回 8/23	32名	・難病について学ぶ ・訪問栄養食事指導の実際	国立西新潟中央病院 長谷川有香先生 栄養士会 泉美C5 牧野・川村
第3回 9/27	33名	・訪問看護との連携 ・多職種との連携について	新潟大学医学部保健福祉学小児看護学専攻 グループ対談
第4回 10/28	32名	・起業・在宅訪問管理栄養士の活動 ・報告書の書き方	UNIVのぼりと 栄養士会 泉美C5 牧野・川村

3 症例検討会の開催

平成27年度から開始 年2回

新潟県栄養士会
人材登録の仕組み

- 1 人材育成研修会・参加
- 2 症例レポート提出
- 3 症例検討会・参加

修了書の授与
人材登録(任意)

4 評価委員会の開催

年2回 事業開始と終了時 (6年通算12回開催)

委員構成	学識経験者	診療所医師	歯科医師	薬剤師	訪問看護士	介護専門員	病院管理栄養士	福祉施設管理栄養士
------	-------	-------	------	-----	-------	-------	---------	-----------

- 1回目 「事業の効果対策について」・事業計画案に関する助言
- 2回目 「実施年度の実績報告と目標の達成状況の確認」・来年度以降の改善点について助言

5 多職種連携・大研修会の開催

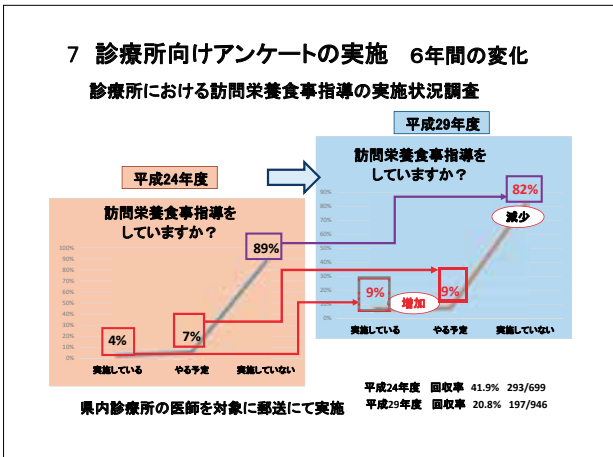
初年度・平成24年度から毎年新潟市で開催
平成29年度から上越・十日町・魚沼・佐渡地区へ開催会場を拡大

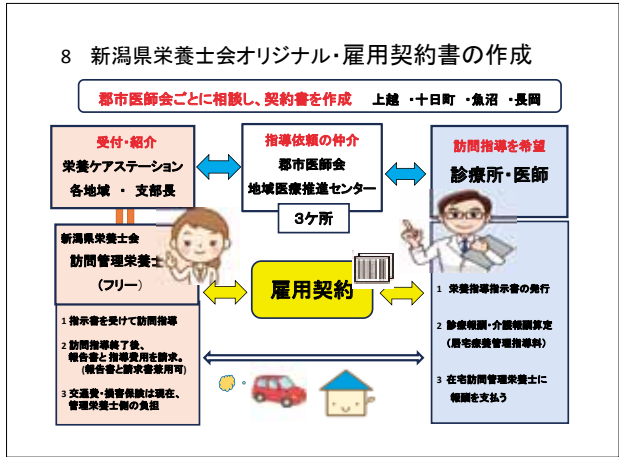
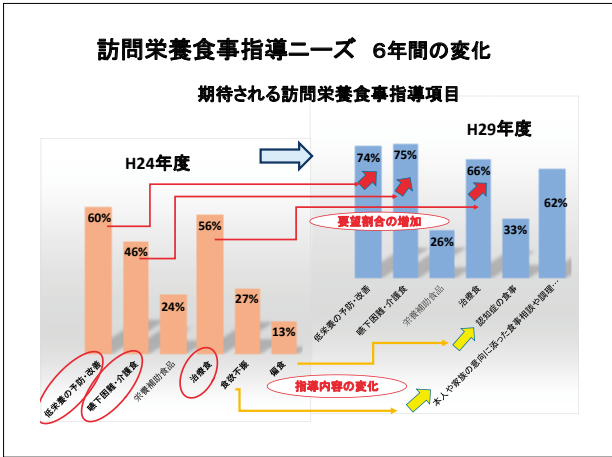
新潟市・大研修会
平成29年12月3日

6 在宅訪問共通テキスト・配布資料の作成

材料(2人分)

- 塩がゆ... 160g
- 鶏ささぎ... 20g
- 卵黄... 1個
- 卵白... 1個
- 小麦粉... 10g
- 片栗粉... 10g
- 片栗粉... 10g
- 片栗粉... 10g



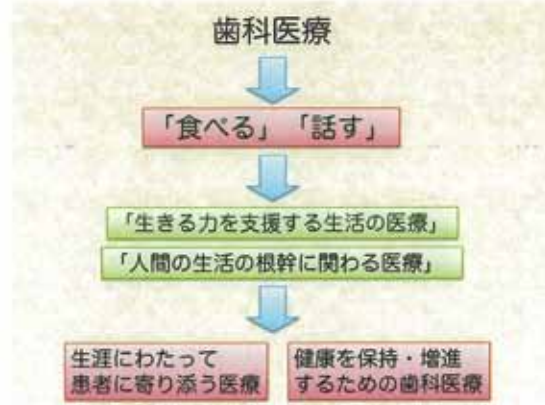


考察・今後の展望

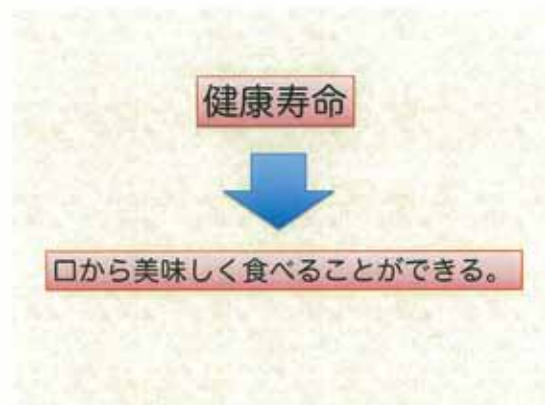
- 1 本事業実施により、郡市医師会を中心とした栄養ケア・ステーションの拠点整備として、3つの地域に相談窓口が開設され、あわせて人材登録目標数を上回る訪問管理栄養士の人材育成事業を進めることが出来た。
- 2 本事業推進の課題は、管理栄養士と診療所との雇用契約による保険適用指導件数が伸び悩んでいる事である。その大きな要因として、栄養ケア・ステーションが居宅管理指導所として認可されず、保険請求ができないことにある。今後は、着実に訪問活動を積み重ね、認可に向けて最大限の努力をしなければならない。
- 3 2025年に向け、在宅訪問栄養指導を恒常的に実施するために、食のスペシャリストとしての役割を明確にし、本事業の周知活動に努め、在宅支援チームの一員として、多職種連携のカンファレンスに積極的に参加して行く必要がある。

2. 在宅栄養ケア大研修会 資料

【資料No.2】 在宅栄養ケア大研修会 講演Ⅰ資料
 日本歯科大学新潟生命歯学部 口腔外科講座 教授 田中 彰



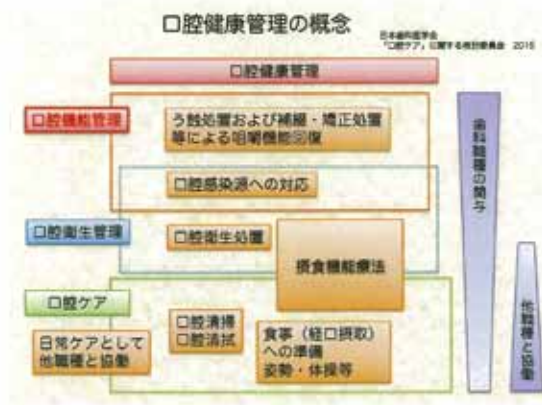
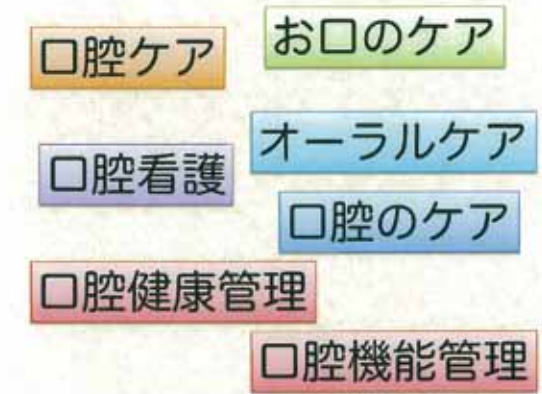
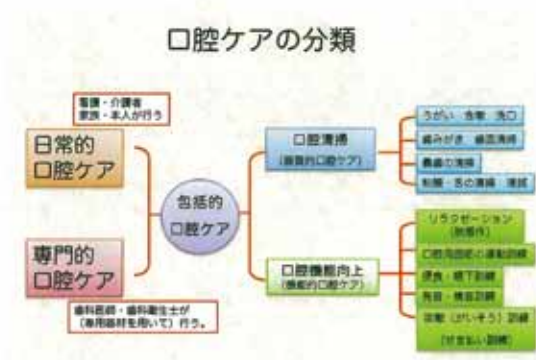
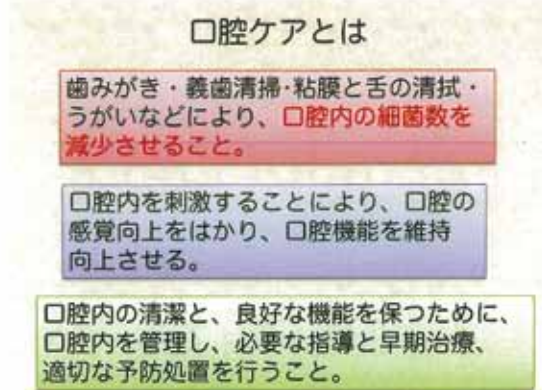
平均寿命	
男性 80.21歳	女性 86.61歳
健康寿命	
男性 71.19歳	女性 74.21歳
平均寿命と健康寿命の差 = 平均要介護期間	
男性 9.02年	女性 12.4年



口腔の環境、機能の悪化が示すもの。

口腔ケアとは
誤嚥性肺炎

- 口腔を取り巻く環境と機能の悪化
- 細菌学的汚染
 - 歯：歯垢、歯石、バイオフィルム
歯肉溝よりの排膿、浸出液（歯周炎）
 - 粘膜：舌苔（バイオフィルム）カンジタ
痂皮状固着物：剥離上皮膜、痰 ムチン
 - 出血 凝血塊は菌繁殖の温床
 - 口腔乾燥 唾液分泌機能低下
 - 口腔機能（嚥下機能・咀嚼機能）低下



口腔健康管理の概念

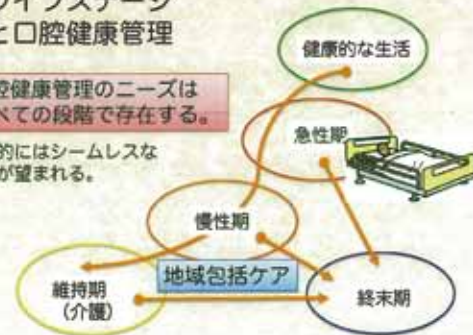
日本歯科大学
「口腔ケア」に関する検討委員会 2014

口腔健康管理			
口腔機能管理	口腔衛生管理	口腔ケア	
		口腔清掃など	食事への配慮など
口腔診療 感染管理対策 口腔粘膜病の療 療術的ケア 認知症 ブリーチや歯垢等の処置 歯肉腫瘍療法 その他	バイオフィーム除去 歯垢除去 口腔内洗浄 舌苔除去 歯石除去 その他	口腔清掃 歯ブラシの保管 歯肉の消毒・覆膜・保湿 飲みがき その他	嚥下訓練指導 嚥液調整マッサージ 舌・口腔・顔粘膜ストレッチ訓練 姿勢調整 食事介助 その他

ライフステージ
と口腔健康管理

口腔健康管理のニーズは
すべての段階で存在する。

理想的にはシームレスな
連携が望まれる。



多くの急性期病院では

診断群分類包括評価
(DPC : Diagnosis Procedure Combination)
を用いた入院医療費の定額支払い制度の導入

在院日数と合併症を減らす。



方略として口腔ケアが注目されている。

口腔ケア群と対照群の
発熱者数・肺炎発症者数・肺炎死亡者数の比較

グループ (例)	患者数	年齢 mean±SD	女/男	ベースライン MCAULs mean±SD	ベースライン MMSE mean±SD	**P<0.01		
						発熱者数 (%)	肺炎 発症者数 (%)	肺炎による 死亡者数 (%)
Oral care	184	82.0±7.6	148/36	16.3±6.5	13.8±6.9	27** (15%)	21** (11%)	14** (7%)
No oral care	182	82.1±7.5	145/37	16.2±6.7	13.9±6.9	54 (29%)	34 (19%)	30 (16%)

ADLs : 日常生活動作 MMSE : Mini-Mental State Examination

Yoneyama T, Yoshida M, Matsui T, Sasaki H. Oral care and pneumonia. Lancet 1999; 354(9177): 515

Yoneyama T, Yoshida M, Mukaiyama H, Okamoto H, Hirohata K, Itara S, Yanagisawa S, Anzumi S, Morita T, Mizuno Y, Onisawa T, Akagawa Y, Hashimoto K, Sasaki H. Oral care reduces pneumonia of elderly patients in nursing homes. J Am Geriatr Soc 2002; 50(3): 430-433.

医療・介護関連肺炎ガイドライン

(NHCAP:Nursing and Healthcare associated pneumonia)

日本呼吸器学会 2011

医療・介護関連肺炎の定義

以下のいずれかに当てはまる肺炎をNHCAPとする。

1. 長期療養型病床群もしくは介護施設に入所している。
2. 90日以内に病院を退院した。
3. 介護 (PS3**以上) を必要とする高齢者・身障者
4. 退院にて継続的に血管内治療 (透析、抗悪露、化学療法、免疫抑制薬等による治療) を受けている。

PS3**

誤嚥を来たしやすい病態

成人病内科診療ガイドライン初版より一部改定

- 1) 神経疾患
 - 脳血管性障害(急性期、慢性期) 中枢性変性疾患
 - パーキンソン病 認知症(脳血管性、アルツハイマー型)
- 2) 寝たきり状態(原因疾患を問わず)
- 3) 口腔の異常
 - 歯の噛み合わせ障害(義歯不適合を含む)
 - 口内乾燥
 - 口腔内悪性腫瘍
- 4) 胃食道疾患食道憩室
 - 食道運動異常(アカラシア、強皮症) 悪性腫瘍
 - 胃 - 食道逆流(食道裂孔ヘルニアを含む) 胃切除(全摘、亜全摘)
- 5) 医原性
 - 鎮静薬、睡眠薬
 - 抗コリン薬など口内乾燥をきたす薬剤
 - 経管栄養

NHCAPにおける口腔ケア
摂食嚥下リハのエビデンス

嚥下・介護関連科診療ガイドライン 日本呼吸病学会

口腔ケアによって、常在細菌量の減少が期待でき
不顕性誤嚥による肺炎発症頻度を減らすことが
可能である。

エビデンスレベルII Minds 推奨グレードB

嚥下障害に対するリハビリテーションなどを
並行することが必要である。

エビデンスレベルIII Minds 推奨グレードB

NHCAP における誤嚥性肺炎の治療方針

嚥下・介護関連科診療
ガイドライン 日本呼吸病学会

- 1) 抗菌薬治療
(口腔内常在菌、嫌気菌に有効な薬剤を優先する。)
- 2) PPV接種は可能であれば実施
(インフルエンザワクチンの接種が望ましい)
- 3) 口腔ケアを行う。
- 4) 摂食・嚥下リハビリテーションを行う。
- 5) 嚥下機能を改善させる薬物療法を考慮する。
(ACE 阻害剤、シロスタゾールなど)
- 6) 意識レベルを高める努力(鎮静剤、睡眠剤の減量、中止など)
- 7) 嚥下困難を生ずる薬剤の減量、中止
- 8) 栄養状態の改善を図る。
(ただし、PEG自体に肺炎予防のエビデンスはない)
- 9) 就寝時の体位は頭位(上半身)の軽度挙上(望ましい)。

誤嚥を来たしやすい病態

成人病内科診療ガイドライン初版より一部改定

- 1) 神経疾患
 - 脳血管性障害(急性期、慢性期) 中枢性変性疾患
 - パーキンソン病 認知症(脳血管性、アルツハイマー型)
- 2) 寝たきり状態(原因疾患を問わず)
- 3) 口腔の異常
 - 歯の噛み合わせ障害(義歯不適合を含む)
 - 口内乾燥
 - 口腔内悪性腫瘍
- 4) 胃食道疾患食道憩室
 - 食道運動異常(アカラシア、強皮症) 悪性腫瘍
 - 胃 - 食道逆流(食道裂孔ヘルニアを含む) 胃切除(全摘、亜全摘)
- 5) 医原性
 - 鎮静薬、睡眠薬
 - 抗コリン薬など口内乾燥をきたす薬剤
 - 経管栄養

→ アセスメントと
改善策

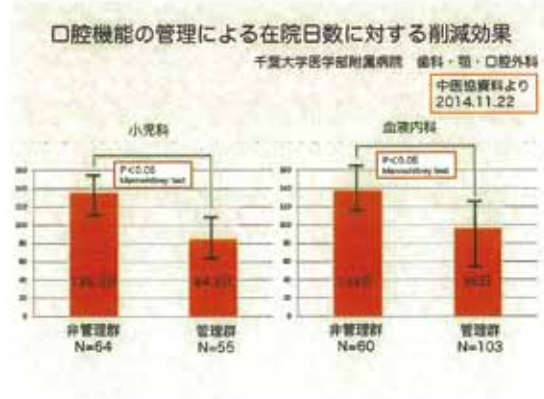
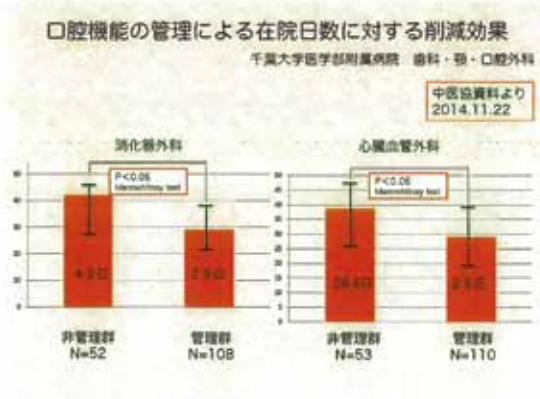
誤嚥性肺炎発症リスクを
歯科の介入で軽減するためのポイント

不顕性誤嚥の存在を念頭に
口腔衛生状態を維持向上する。

摂食嚥下・口腔機能の低下に対して
口腔機能向上訓練・口腔環境整備を行う。

急性期病院病棟における
専門的口腔ケアの介入

患者の炎症(感染)症状と栄養状態の改善に
寄与する可能性が示唆された。



多施設共同後ろ向き観察研究

(千葉大学医学部 徳田 5)

6医学部附属病院において手術を施行した食道癌（開胸）383例を対象とした。

目的変数を術後肺炎発症として多変量解析を行った。

説明変数	ハザード比	95%信頼区間	P値
口腔機能管理あり	0.42	0.23~0.77	p<0.01
術後嚥下障害あり	9.32	4.91~17.45	p<0.001
糖尿病	2.69	1.08~6.69	p<0.05

早期経口摂取に向けたエビデンス

高齢肺炎入院患者に対し早期に経口摂取を開始すると経口摂取自立した状態で早期退院できる。
(リスク比1.7倍)

Koyama T, et al (2015)

誤嚥性肺炎患者に対して、摂食嚥下リハビリテーションを行うと、経口摂取経口摂取率が1.3倍になる。

Momosaki R, et al (2015)

口腔の異常と摂食障害

- 口腔粘膜炎による摂食障害
- 口腔・咽頭領域の手術による術後摂食障害
- 経口摂食不能による口腔機能低下
- 味覚障害による摂食障害
- 歯科的トラブルに関わる摂食障害
義歯不適合 褥瘡性潰瘍 歯の動揺・疼痛
- 口腔乾燥症に関わる摂食障害



平成28年度診療報酬改定

栄養サポートチーム加算 (週1回)
200点

歯科医師が、必要な診療を保険医等と共同して行った場合は、歯科医師連携加算として、50点を更に所定点数に加算する。

平成30年度 診療報酬改定で80点に増点

歯科医師連携加算は、栄養サポートチームに歯科医師が参加し、当該チームとしての診療に従事した場合に、所定点数に加算する。なお、栄養サポートチームに参加する歯科医師は、院外の歯科医師であっても差し支えないが、当該チームの構成員として継続的に診療に従事していることが必要である。

NST ラウンドの際に、気に留めたい
顎・口腔の異常

口腔機能の異常



噛み合わせ・咬合の異常

上下の歯を噛み合わせる場所が少ない。

噛み切る、細かくすりつぶす場所がない。

歯はあるが、重度の虫歯で残根だらけ。

歯はあるが、動揺(グラグラ)で抜けそうのため噛めない。

正常な咀嚼運動ができない。

正常な咀嚼運動とは

下顎の上下運動だけでなく、咀嚼側（噛む側）に応じて、左右への偏位を認める。

必要なのは、
咬合力（噛む力）と舌の巧みな動き

最も重要なのが舌の動きで、食物を臼歯の噛む面への移送や口蓋への食物の押し付け、食塊の形成に關与する。

廃用症候群

長期の安静状態により、活動的であるべき器官の機能が低下する状態。

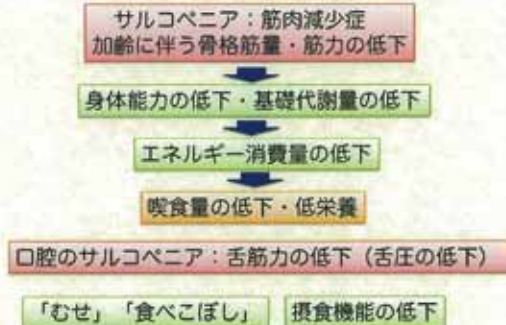
廃用症候群の諸症状 上田ら (2009)

- | | |
|--|---|
| 1. 局所性廃用
関節拘縮
筋廃用萎縮
骨粗鬆症
皮膚萎縮
褥瘡
静脈血栓症 | 2. 全身性廃用
心肺機能低下
消化機能低下
易疲労性 |
| 3. 臥位・低重力によるもの
起立性低血圧
利尿
血液量減少（脱水） | 4. 感覚・運動刺激欠乏によるもの
知的活動低下
うつ傾向
自律神経不安定
姿勢・運動調節機能低下 |

口腔領域の廃用萎縮

口腔・顔面の感覚低下
咀嚼・嚥下関連筋の萎縮
舌筋・咬筋・口蓋帆張筋・口蓋帆挙筋
上咽頭収縮筋・舌骨上筋群
唾液腺の萎縮（唾液分泌低下）
顎関節の拘縮

サルコペニアと口腔機能向上訓練



サルコペニア対策

レジスタンス運動（体たんぱく質合成の促進）

たんぱく質（アミノ酸）の摂取

口腔サルコペニア

口腔機能向上訓練が重要

口腔ケアの口腔・嚥下機能向上効果

粘膜への機械的刺激による口腔感覚の正常化
口腔内の快感・味覚感受性の向上
皮膚粘膜刺激による覚醒・認知機能の賦活化
唾液腺機能の低下の防止
口腔乾燥の防止・嚥下反射の賦活化

フレイル Frailty

高齢者が筋力や活動が低下している状態（虚弱）
日本老年医学会

移動能力、筋力、バランス、運動処理能力、認知機能、栄養状態、持久力、日常生活の活動性。疲労感など広範な要素が含まれる。

1. 体重減少
2. 歩行速度の低下
3. 握力低下
4. 易疲労感
5. 身体活動レベルの低下

5項目のうち、3項目以上が当てはまるとフレイルとみなされる。

オーラル・フレイル

東京大学高齢社会総合研究機構 飯島勝矢教授

歯・口腔機能の低下

↓

食環境の悪化

↓

サルコペニア

↓

生活機能障害

口腔機能低下症

日本老年歯科医学会

平成30年度 診療報酬改定

口腔機能管理加算 100点
(歯科疾患管理料に加算)

口腔機能の低下を来している患者に対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合は、口腔機能管理加算として100点を所定点数に加算する。

[対象患者]
老化等により、口腔機能の低下を示す症状が3項目以上みられる患者のうち、咀嚼機能低下若しくは咬合力低下及び低舌圧が認められるもの

口腔機能の低下を示す症状と評価方法

1. 口腔不潔:舌苔の付着程度
2. 口腔乾燥:口腔粘膜湿度又は唾液量
3. 咬合力低下:咬合力検査(感圧シートを用いるもの)
4. 舌口唇運動機能低下:オーラルディアドコキネシス
5. 低舌圧:舌圧検査
6. 咀嚼機能低下:咀嚼能力検査(グルコース含有グミゼリー咀嚼時のグルコース溶出量を測定するもの)
7. 嚥下機能低下:嚥下スクリーニング検査(EAT-10)又は自記式質問票(聖隷式嚥下質問紙)

歯科的アプローチによる口腔環境の改善

口腔ケア(口腔清掃)による口腔衛生状態の改善

口腔内細菌数の減少
口腔内感覚向上や唾液分泌促進等の間接的効果

口腔内器質的異常の改善

摂食行動に適した口腔環境や咀嚼能力の改善

歯科補綴的アプローチによる口腔機能の改善

舌接触補助床(PAP)

口腔リハビリテーション

口腔ケア、口腔機能向上訓練、摂食・嚥下指導、栄養指導、義歯調整等を包括的に行う。

摂食・嚥下障害患者診療に関わる地域の後方支援連携促進、教育研修体制の構築



日本歯科大学
口腔リハビリテーション
多摩クリニック

口腔リハビリテーション

疾病、障害、加齢などにより低下した摂食、咀嚼、嚥下、構音（会話）に関わる口腔機能の回復を目的としたリハビリテーションで、広義では口腔ケア（口腔清掃）や歯科治療による義歯、咬合の整備なども含まれる。

発声訓練

舌運動や口唇閉鎖力の改善を目的に行い、「バ・タ・カ・ラ」を発声させる訓練が一般的に行なわれている。
「バ」は口唇の閉鎖運動、
「タ」は舌の前方運動、
「カ」は舌の後方運動と咽頭閉鎖運動、
「ラ」は食物移送を意識した舌の挙上運動で構成されている。
口腔体操として、歌やリズムに合わせて楽しみながら行なう様々な試みが行なわれている。

口唇・頬の能動的訓練

「バ・タ・カ・ラ」発声訓練で、「バ」や「マ」（上下口唇音）を意識した発声訓練を行なう。
口を大きく開閉する運動、
口唇の突出運動（「ウー」の発音で突出させる）、
口唇の横ひき運動（「イー」の発音で開口させる）、
頬を膨らませる運動（頬を膨らませ息をこらえて維持する）などを組み合わせて行なう。
また、器具を用いて吹く動作を行なうブローイング訓練も有効である。

口腔乾燥（口渇）の原因

1. 摂食能力の低下 唾液腺機能の廃用萎縮
咀嚼、味覚、感覚刺激の低下
2. 加齢による唾液腺・腺房細胞の廃用萎縮
3. 薬物の副作用
抗うつ剤、安定剤、降圧剤、消炎鎮痛剤、抗ヒスタミン剤、抗パーキンソン剤 など
4. 口呼吸
5. 糖尿病
6. 腎臓疾患 血液透析
7. 脱水症

口腔乾燥の弊害

1. 口臭
2. 根面う蝕や歯周病の進行
3. 舌苔の増加
4. 舌炎・粘膜炎
5. 義歯、とくに総入れ歯の維持力が低下し、はずれやすくなる。
6. 咀嚼・嚥下障害
7. 構音障害
8. 不眠
9. 味覚減退
10. 口腔カンジタ症

口腔乾燥症患者の食生活上の問題点

1. 食塊形成と嚥下困難
→水分を吸収しやすい食品は食塊形成しづらい
そのため咽頭相への送り込みが困難
→大量の水分を必要とする
2. 唾液分泌促進のため間食をする傾向
→あめ、チューインガム 果物摂取過多の傾向
→糖分過剰摂取、齲蝕罹患リスクの増大
3. 口腔粘膜炎症の存在
→塩分、辛み成分摂取制限
4. 味覚障害

口腔乾燥症患者の食事・栄養指導

厚生労働省・農林水産省が作成した主食、主菜、副菜、乳製品、果物の5品目をバランスよく食べる目安を示した「食事バランスガイド」に準拠し、口腔内状況（乾燥症状と現在歯・粘膜症状等）に合わせた食事・栄養指導が必要である。

1. 水分を十分に含んだ食べやすいメニュー
2. 糖分過剰摂取に留意する
キシリトール入りのあめやガムを推奨
3. 塩分や刺激物摂取制限
4. その他 症状に応じた指導
シェーグレン症候群患者：魚油、サケ、マグロの摂取

Miljanovic B. 2005：シェーグレン症候群患者n-3系脂肪酸を摂取した患者が有意にドライアイの発症率が低いといった報告がある。

NST ラウンドの際に、気に留めたい
顎・口腔の異常

その他の異常



口腔カンジタ症

原因：真菌カンジダアルビカンスの感染

舌背部にできやすい。

免疫力の低下時 日和見感染(opportunistic infection)
免疫低下する全身疾患：風邪、感染症、糖尿病、エイズ、血液疾患、肝疾患、腎不全など
疲労・ストレス
高齢者・小児
長期服用：抗菌薬、副腎皮質ステロイドホルモン薬、抗がん剤、免疫抑制剤などの服用
放射線治療

口腔カンジダ症

症状：
初期は急性偽膜性カンジダ症
放置すると慢性肥厚型に移行
口腔粘膜に小斑点状の白い苔状物
→容易に剥離→ビラン、潰瘍
粘膜面に発赤
治療：
抗真菌薬の投与



口腔カンジタ症

急性偽膜性口腔カンジタ症（鰐口瘡）：白色
急性萎縮性口腔カンジタ症（カンジタ性口角炎）：赤色

慢性萎縮性口腔カンジタ症（義歯性口内炎）
慢性肥厚性口腔カンジタ症（正中菱形舌炎）

病理所見：上皮の過形成（角質層の肥厚）と上皮下の炎症細胞浸潤（好中球）を伴う。菌糸の侵入は角質層に留まり、通常は基底細胞層を越えない。
菌糸は、PAS染色（赤染）、グロコット染色（黒染）する。

抗真菌薬：ミコナゾール、イトリコナゾール、
アムホテリシンB

味覚異常をきたす病態

- 亜鉛欠乏症
- 糖尿病
- 口腔乾燥症
- 薬物性味覚障害
- 顔面神経麻痺
- 放射線性口腔粘膜炎
- 口腔カンジダ症

味覚異常

局所的要因

1. 異種金属充填物によるガルバニー電流
2. 舌苔などによる味孔閉鎖
3. 口腔カンジタ症による味覚障害
4. 口腔粘膜炎に伴う味覚障害
放射線治療 化学療法 ウイルス感染
5. 神経損傷による味覚障害
6. 口腔乾燥症による味覚障害

顎関節脱臼

前方脱臼：
咬筋内板後方転位(開口時)が非復位となって開口障害をきたしたもの。
下顎過剰運動あり。

原因：浅い顎窩、低い関節結節、平坦な下顎頭、筋肉・筋等の弛緩、
神経筋機構の異常による咀嚼筋の協調不全と関節包・靭帯の弛緩、
円板後部組織の過緊張と弛緩により発症。
誘因：欠伸、長時間の開口、過度の開口、外傷
咬合異常（長期間にわたる臼歯部欠損、最後方臼歯部の咬渉干渉）
中枢神経系の異常
→脳梗塞、パーキンソン病、脳血管障害、てんかん、
向精神薬(フェノチアジン)服用、制吐剤(メトクロプラミド)服用

開口障害

口を開けない。開かない。

開口拒否

認知症・口腔内の痛みや感覚過敏による

原始反射（吸綴反射）モグモグ

様々な要因が潜んでいることがある。

開口障害

炎症性開口障害

歯性感染症：咀嚼筋や縮筋への炎症の波及により生じる。
顎周囲炎、歯性扁桃周囲炎、顎骨髄炎
蜂窩織炎の波及（顎突下嚢腫、側頭嚢腫、顎口嚢腫）
顎放線菌症（板状硬結）
耳下腺炎：化膿性耳下腺炎、流行性耳下腺炎
喉頭蓋：破傷風菌体外毒素による咀嚼筋神経支配の異常興奮による

顎関節の異常による開口障害

顎関節症（関節内板前方転位 非復位型 IIIb型）
顎関節の損傷：関節包・靭帯障害
顎関節の炎症性病変（化膿性顎関節症・顎関節リウマチ）
顎関節強直症 下顎顎脱臼

外傷による開口障害

下顎骨折：関節突起骨折、下顎角部骨折、骨幹部骨折
軟組織創部の癒着肉縮

腫痛による開口障害

悪性腫瘍の咀嚼筋への直接浸潤：
舌癌、歯肉癌、頬粘膜癌、口腔癌、耳下腺癌、中咽頭癌など
顎関節部の腫瘍（骨腫、軟骨腫、骨肉腫、軟骨肉腫など）

医原性開口障害

放射線照射後の開口障害：顎関節領域への外照射後
慢性GVHDによる開口障害；粘膜・口腔の萎縮性変化
手術創部の癒着肉縮による開口障害

神経性開口障害

三叉神経咀嚼筋枝の産生、ヒステリー、てんかんなど

咀嚼筋や咀嚼筋腱および腱膜の変化

咀嚼筋腫・腱膜過形成症、咀嚼筋炎

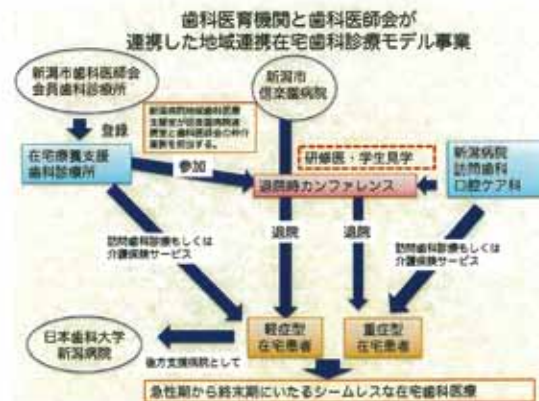
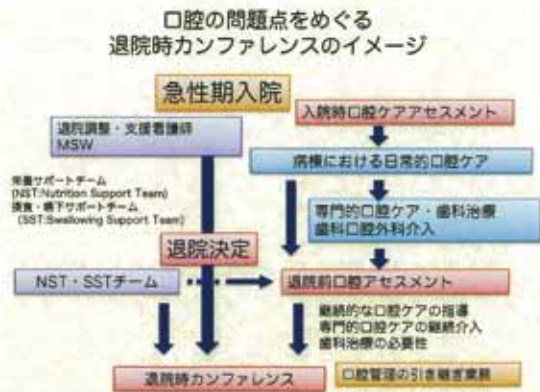
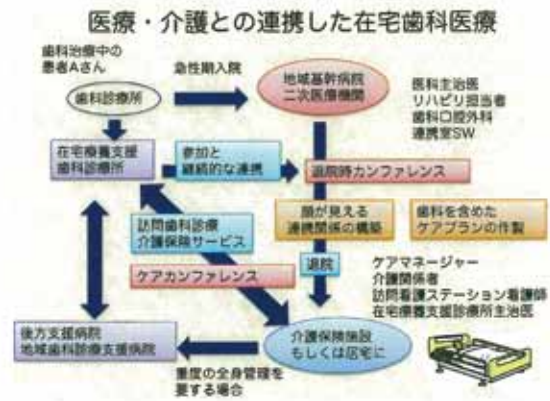
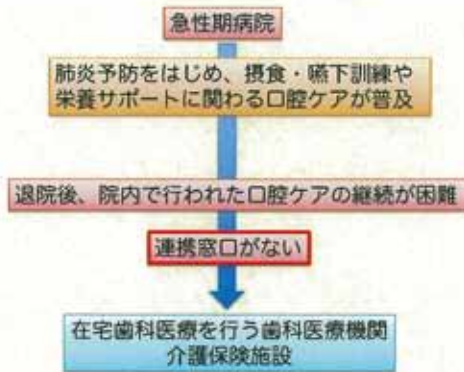
NST ラウンド
歯科医師の介入
その先に



病院から地域へ

食の連携

施設、職種を超えた共通認識と連携体制の醸成



平成30年度 診療報酬改定
退院時共同指導料
退院時カンファレンス

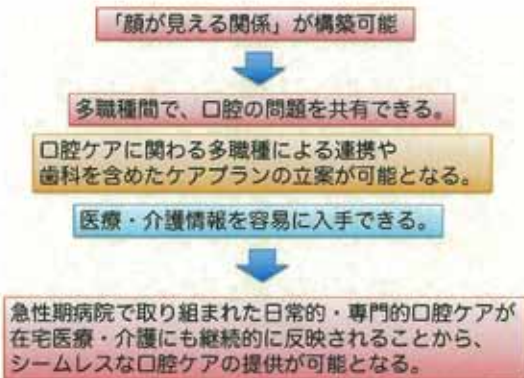
保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関と連携する別の保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、当該患者の同意を得て、退院後、在宅での療養を行う患者に対して、療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の歯科医師若しくは医師又は保健師、助産師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、1回に限り算定する。

ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、在宅療養担当医療機関と連携する別の保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、当該患者が入院している保険医療機関の歯科医師若しくは医師又は看護師等と1回以上共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定する。

平成30年度 診療報酬改定

多機関共同指導管理加算

入院中の保険医療機関の歯科医師又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の医師若しくは看護師等、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、多機関共同指導管理加算として、2,000点を所定点数に加算する。



「顔がみえる連携」のための5原則
三浦 (2011)

1. 情報の共有
2. 目標の共有
3. 方法の標準化
4. 評価の実施と評価に基づく改善
5. 適切なコーディネーター

医科・歯科連携においては、専門用語の壁が存在

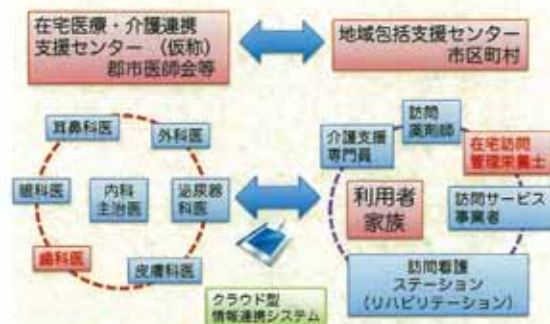
お互いが、何を理解し、何を恐れ、何を望んでいるかが不明

地域包括ケア

在宅医療や訪問介護、重症化予防、日常生活支援などに従事する多職種・機関が連携し、日常生活の場（日常生活圏域）で一人の患者に対して包括的なサービスを提供する仕組み。

日常生活圏内：概ね30分以内に駆けつけられる圏域（中学校区・人口1万人）

在宅医療・介護連携ネットワーク 構想



地域包括ケアにむけて 歯科が求められているもの

医療ネットワークの一員として

歯科には

摂食・嚥下・口腔リハビリテーション
口腔ケア

の分野における期待が大きい。

口腔の専門家としての
スキル向上が求められている。

摂食機能療法の算定対象

平成28年度診療報酬改定

経口摂取回復促進加算の要件を緩和

- ①発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患などによる後遺症により摂食機能に障害があるもの
- ②内視鏡下嚥下機能検査、嚥下造影によって、他覚的に嚥下機能の低下が確認できる患者であって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの。

在宅医療・介護連携ネットワーク 体制参画に向けて

歯科医療従事者が具備すべき要件

食支援・口腔リハビリテーション
口腔ケアのスキル向上

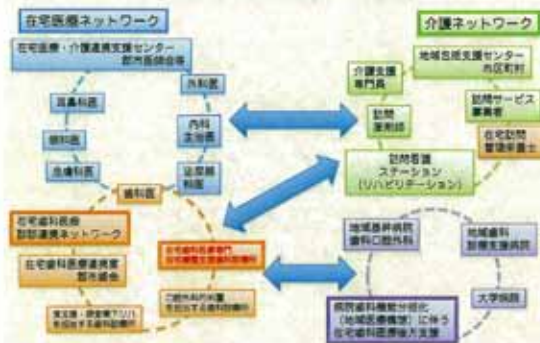
他職種と連携できる医学的専門的知識と
コミュニケーションスキル

開業歯科医全員が具備するか？

地域で診診連携の推進

食べるを支える
介護食提供施設、店舗検索
介護食レシピ
<http://www.shokushien.net>

地域包括ケアシステム・地域医療構想における 在宅歯科医療専門診療所的位置付け



【資料No.3】 在宅栄養ケア大研修会 講演Ⅱ資料
新潟大学大学院保健学研究所 教授 坂井 さゆり

2018.12.2
在宅栄養ケアのための大研修会

人生最終段階における医療・ケアについて学ぶ
アドバンス・ケア・プランニングとは

坂井 さゆり
新潟大学大学院保健学研究所
新潟大学医学部保健学科
新潟大学工学部人間支援感性科学プログラム

より善く生きるとは？

You matter because you are you.
You matter to the last moment of your life, and we will do
all we can, not only to help you die peacefully, but to live
until you die.

Dame Cicely Saunders

あなたはあなたのみで大切なのです。
あなたは人生最期の瞬間まで大切な人です。
ですから私たちは、
あなたが心から安らかに死を迎えられるだけでなく、
最期まで精いっぱい生きられるように
最善を尽くします。

シシリー・サンダース
[引用: 2004]

本日の内容

- I. 人生の最終段階の医療・ケアに関する関心とガイドライン
- II. アドバンス・ケア・プランニング（ACP）とは
- III. ACPに必要なケア提供者の実践

人生の最終段階における医療・ケアに関する
国民の関心

Q1 ご自分の人生の最終段階の医療・ケアについてこれまで考えたことがありますか？

ご家族や医療関係者と話し合ったことがありますか？

Q2 アドバンス・ケア・プランニングについて知っていますか？

- ① よく知っている
- ② 聞いたことがあるがよく知らない
- ③ 知らない

Q3 どこで最期を迎えたいか、を考える際に重要と思うことは、どのようなことですか？

「人生の最終段階における医療に関する意識調査」について

- 目的

平成4年以降9年おき5回にわたって、一般国民及び医療介護従事者の人生の最終段階における医療に対する意識やその変化を把握するための調査を実施し、我が国の人生の最終段階における医療を考える際の資料として広く活用してきた。この度、最終調査から5年の月日を経て、動向の一部国民の意識及びニーズの変化、医療提供状況の変化ついでに、介護、認知、医療従事者、介護施設職員における意識を調査し、その変化を把握することで、患者の意識を尊重した望ましい人生の最終段階における医療のあり方の検討に活用する。
- 調査時期：平成29年12月9日（火）～12月29日（金）

※一部地域においては、調査時期に合わせて締切を変更している。
- 調査方法：面対式質問紙調査。調査票の送付・回収は郵送による。
- 調査対象：一般国民、医師、看護職員、介護職員及び各施設長

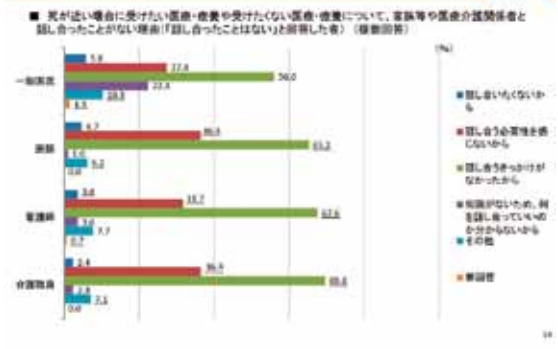
※施設長兼事務長は、各施設長兼として対象施設に追加。
医師の医師・看護職については、その名の通り1名は人生の最終段階における医療に携わっていると考えられる者から調査するよう依頼。
- 前回調査との変更点

介護施設について、前回までは、介護老人福祉施設のみが対象であったが、今回調査から、介護老人保健施設の介護職員及び施設長を対象に追加した。

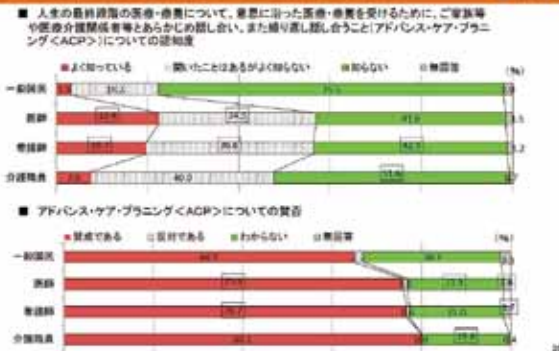
【1-1】人生の最終段階における医療に関する関心①



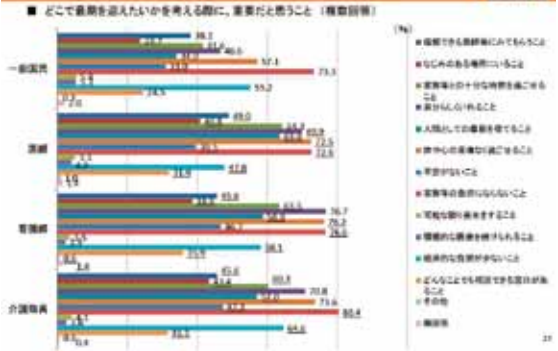
【1-1】人生の最終段階における医療に関する関心②



【1-6】アドバンス・ケア・プランニング(ACP)について



【1-7】人生の最終段階について考える際に重要なこと



国民の半数ないし半数以上は・・・

- 人生の最終段階における医療・ケアについて、考えたことはあるが、他者と話し合ったことは少ない。それは、話し合うきっかけがないことや、話し合う必要性を感じないからである。
- アドバンス・ケア・プランニングは、よく知らないが、そういう方法があるなら、賛成である
- どこで最期を迎えたいかを考えるとき、家族等の負担にならないこと、体やこころの苦痛なく過ごせること、経済的な負担がないこと、自分らしくいられることが重要と考える人の割合が多い

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



(厚生労働省 改訂 平成30年3月) 厚生労働省 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shing2/0000199004.html>

主な改定のポイント

高齢多死社会の進展、地域包括ケアの構築に対応、英米諸国を中心としてアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の概念を踏まえた研究・取組が普及⇒改訂

- ▶病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、①「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」に名称を変更、②医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載

- ▶心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと（＝ACPの取組）の重要性を強調
- ▶本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載
- ▶今後、単身世帯が増えることを踏まえ、「3」の信頼できる者の対象を、家族から家族等（親しい友人等）に拡大
- ▶繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）とは

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）とは

人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス

（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より）

将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、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、患者さんの意思決定を支援するプロセスのことです。

患者さんの人生観や価値観、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にしています。

(日本医師会)

アドバンス・ケア・プランニング (ACP) ; 英国NHS

- 患者とケア提供者の間で、今後のケアについて話し合う自発的なプロセス
- もし患者が望むなら、そのプロセスに家族や友人が含まれるかもしれない。
- 患者の同意を得た上で、この話し合いは記録され、定期的に見直され、そしてケアに関わるキーパーソンに共有されることが望ましい。

NHS <http://www.nccpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf>

アドバンス・ケア・プランニング (ACP) :米国Delphi studyによる最近の定義

52カ国の臨床、研究者、4カ国の政策リーダー、患者/代理諮問委員会からなる国際的なACP専門家の総合的なパネル

- 年齢と病期にかかわらず、患者（成人）と、その人の価値、人生の目標、将来の医療に関する望みを理解し共有し合うプロセスのこと
- ACPの目標は、重篤な疾患ならびに慢性疾患において、患者の価値や目標、選好を実際に受ける医療に反映させること
- 多くの患者にとって、このプロセスには自分が意思決定できなくなったときのために、信用できる人を選定しておくことを含む

Sudore RL et al. J Pain Symptom Manage. 2017

- ACPは、患者、信頼できる人々、医療者とともに行われることが望ましい
- 話し合いは、患者が自分の病状や予後、これからの治療についてどれくらい知っておきたいか、のレディネス（準備状態）に応じて行われる
- ACPは、健康状態や患者の生活状況が変わるごとに繰り返し行われるべきである
- ACPは、患者が最も大切にしていることにもとついて意思決定ができるように、医学的ケアの全体としての目標が何か、に焦点を当てる必要がある
- 話し合いの内容は記録に残され、共有され、必要時にすぐに参照でき、必要に応じて更新されるべきである

つまり・・・ACPに含まれること

- 患者の気がかりと願い
- 患者が大切にしていることやケアの目標
- 自身の病状や予後についての理解
- 将来有益となりうるケアや治療の種類に対する患者の好みや希望、その提供体制

NHS <http://www.nccpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf>

ACPで話合うことの例

患者さんの状況

家族構成、暮らしぶり、健康状態、治療内容、サービス利用状況など

患者さんが大切にしたいこと

これまで大切にしてきたこと、今の暮らしで気になっていること、これからの生き方、これから経験してみたいこと、大切な人に伝えておきたいこと、最期の時間を誰とどこと、どのように過ごしたいか、意思決定のプロセスに参加して欲しい人、代わりに意思決定してくれる人など

医療及びケアについての希望

可能な限り生命を維持したい、痛みや苦しみを少しでも和らげたい、できるだけ自然な形で最期を迎えたいなどの希望が考えられるが、医療関係者より適切な情報提供と説明がなされた上で、患者さんやご家族と話し合いを重ねることが重要

(日本医師会)

ACPによる効果

- 終末期における患者と家族の満足度の上昇
- 患者の死後の家族の不安・抑うつ軽減

(Detering KMet al.2010)

- 終末期をホスピスで過ごすことが多くなった
- 人工呼吸器などの侵襲的な医療を受けることが少なかった

(Wright AAet al.2008)

類似する概念

<アドバンス・ディレクティブ(事前指示)>

患者あるいは健康人が、将来判断能力を失った際に、自らに行われる医療行為に対する意向を前もって示すこと

- 意向を示す方法として、以下の2つの形態がある
 - 医療行為に関して医療スタッフ側に指示を与える (文書で表したもの → リビング・ウィル)
 - 自らが判断できなくなった際の代理決定者を委任する

(赤林 他, 2001)

■ Do Not Attempt Resuscitationの略

- 急変時または末期状態で心停止・呼吸停止の場合に、蘇生処置をしないという取り決めのこと

<蘇生処置>

- 心臓マッサージ
- 気管内挿管
- 人工呼吸器
- 薬物投与(エピネフリン など)

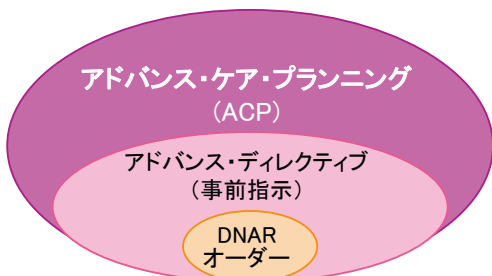


米国におけるACPモデルの発展

	伝統的モデル	発展的モデル
目的	<ul style="list-style-type: none"> • 将来の判断能力の低下に備える 	<ul style="list-style-type: none"> • 死に備える • 保健システムでのコントロールを達成 • 負担を和らげる • 関係を強化する
焦点	<ul style="list-style-type: none"> • アドバンス・ディレクティブ(事前指示)を書くこと 	<ul style="list-style-type: none"> • アドバンス・ディレクティブを書くことは1つの側面
状況	<ul style="list-style-type: none"> • 医師と患者との関係 	<ul style="list-style-type: none"> • 患者と家族

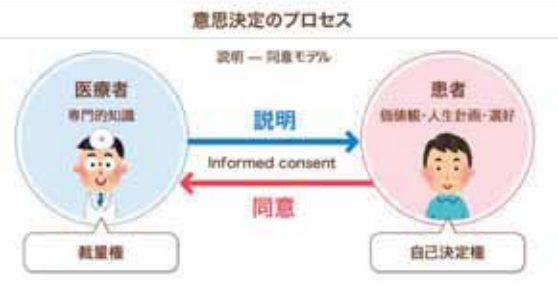
Keri Thomas et.al.Advance care Planning in End of Life Care.oxford.p7 参考に漢字作成

アドバンス・ケア・プランニングの位置づけ

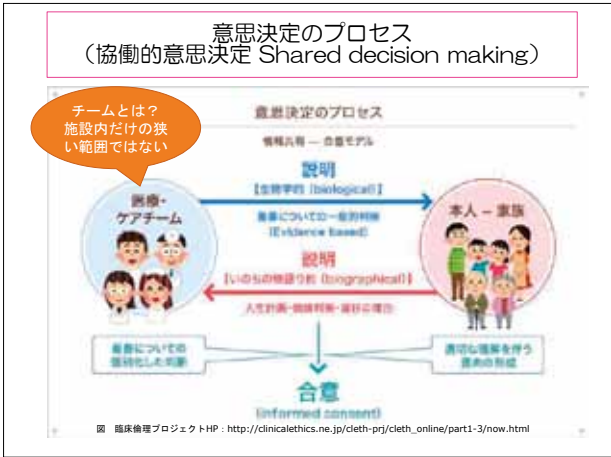


(NHS HP) を元に作成

意思決定のプロセス (従来型Informed Consent)



臨床倫理プロジェクトHP : http://clinicalethics.ne.jp/cleth-prj/cleth_online/part1-3/now.html



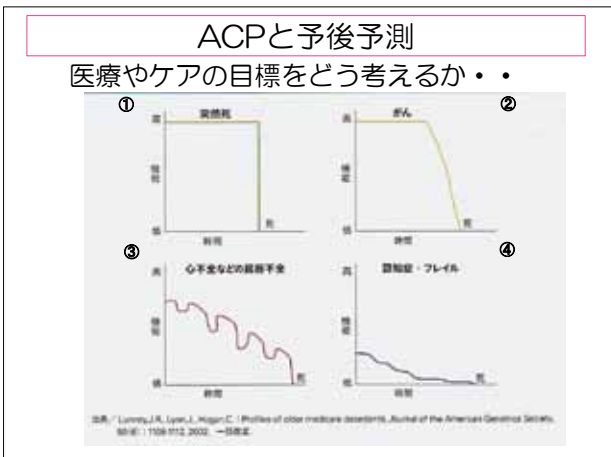
ACPの目的

患者や、家族のエンド・オブ・ライフに関する希望が表現され、尊重されること

(Gould KA, 2014)

特定の治療や医療行為について、するかしないかを定めることがACPの目的ではない。

意思決定支援 ≠ 意思表明支援



より善い医療・ケアのため、ACPを促進するためにもう1つ重要なこと

医学的適応	患者の意向
QOL	周囲の状況

ジョンセンらの臨床倫理症例検討シート (四分割表)

より善い医療・ケアのため、ACPを促進するためにもう1つ重要なこと

医学的適応	患者の意向
対話の促進でこの部分はなんとかなる！	
QOL	周囲の状況
しかし、対話が促進されたり、価値が尊重されるための必要なことは？	

ジョンセンらの臨床倫理症例検討シート (四分割表)

ACPに必要なケア提供者の実践

ACPに必要なケア提供者の実践（心がけ）

- 意思表示する力を高めるための支援
 - 十分な緩和ケア（痛みや症状、悲嘆への対応等）
 - 適切なりハビリテーション
 - スピリチュアルに届く日々の日常生活ケア
 - 正しい情報提供（制約も含め）、理解の促進
- 患者の病状・現状認識の把握
- 医療・ケアチームによる病状に応じた医療・ケア方針の検討

- 対話のタイミングを探索、きっかけづくり
- 意思表示できる環境の整備・安心できる場の設定
- 思いの傾聴、意思とその背景にある思いの傾聴
- 対話の記録、共有
- 患者と家族の意向に沿う適切な人や場所につなぐ
- 対話の結果、患者や家族が望んだケアを支持

十分な緩和ケア

緩和ケアは、生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する患者と家族に対し、痛みや身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期から正確にアセスメントし解決することにより、**苦痛の予防と軽減を図り、生活の質(QOL)を向上させるためのアプローチ**である。

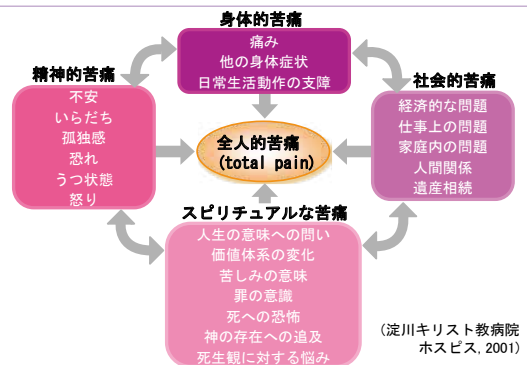
(Sepulveda C et al., 2002)

例) がん医療の場合



39

十分な緩和ケア 全人的苦痛へのケア

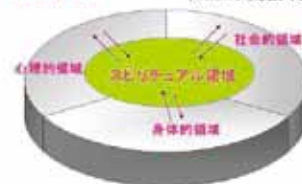


適切なりハビリテーション

- 80代 男性 妻と二人暮らし
- 近所に娘が住んでいる
- 退職後はがんを患い、治療後は自宅療養していた。身体的には脆弱な状態であった。ある日、一過性の脳虚血発作を発症し、緊急入院
- せん妄も強く出ている。急性期の時期を脱した後、長女は「こんな状態では自宅は無理だ」と不安が強く、MSWと転院先を相談、医療チームもその方向で調整を進めていた
- ある看護師が本人の意向を聞き「できれば家に帰りたい」と確認。主治医やリハビリ部門に働きかけ、リハビリ開始。せん妄が改善し、できることが徐々に増え、家族の意識も変化してきた。
- 娘も転院から自宅退院へと意思に変化が起き、在宅サービスを検討し、妻と住み慣れた自宅へ退院した。

スピリチュアルに届く日々の日常生活ケア

全人的苦痛の構造～スピリチュアル領域の位置づけ (WHOによる定義より改編)



個人の生きる根元的エネルギーとなるものであり、存在の意味に関わる。したがって、そのありようは個人の全人的状態、すなわち、個人の身体的、心理的、社会的領域の状態の基盤として各側面の表現形に影響をおよぼす。(河正子, 2005)

対話のタイミングを探索、きっかけづくり

患者が信頼を寄せる主治医からACPの導入を紹介され、同意すれば、適切なACP支援者につなぐ

どなたがよいでしょうか？

疾病の診断・告知 疾病の再発・進行 治療の中止 終末期の話し合い

患者・家族の身体症状や悲嘆の程度をアセスメントしタイミングを探る
継続的な話し合いのしくみづくり（療養の場を超えて）

療養・生活の場の選択
生活の希望

安心して対話できる場づくり

Safe Community of Inquiry

- 子どもたちと対話する教育実践（子どもの哲学philosophy for children）に取り組んでいるハワイ大学のT.ジャクソン教授が提唱する対話の場の作り方
- 3つのSafety
- Physically Safe、Emotionally Safe（身体的、感情的に脅かされていないこと）、Intellectually Safe（知的に脅かされていないこと）の3つ。
- Intellectually Safeは、自分の置かれている立場や他人からどう見られるかなどを気にせず、一人の個人として言いたいことが話せているか、「わからない」「自分は違う」などの言いにくい意見が表明できているか、ということを目指す。

高橋綾 <http://www.c-linkage.co.jp/jard40/message.pdf>

- 対話にはそれに参加する人々の「対等性」が欠かせない。
- 「人は何のために生きるのか」「苦しみの意味とは」というような生についての根本的な「問い」の問いの前でこそ、支援専門職／患者といった立場を超え対等に考え、「共生共苦」することができるのではないか

高橋綾 <http://www.c-linkage.co.jp/jard40/message.pdf>

ケアの場に置き換えるとどうでしょうか・・・

私たちが用意できるのは、ケアする手と、痛みから守る囲いです。最後に何につかまっているかを決めることができるのは、患者さんなのです。

（シシリー・ソンドース）

Dame Cicely Saunders : ホスピスケアの原点と実践 The Philosophy and Practice of Hospice Care Hospice as Bridge Builder. ターミナルケア vol.7(12). 379頁-382頁

ACPの定義は深まってきましたが、手順や方法はそれぞれの施設の実情によるところが多いと思います。

患者とケア提供者の間で、今後のケアについて話し合う**自発的な**プロセスが促進される個々の態度、地域、施設のシステムについて検討できるとよいと思います。

ガイドラインがあるから「しなければならない」ものではありません！
環境を整え、待つことも大切かと思えます

参考
ACPを自分ごととして考えるための仕掛け

もしバナゲームとか・・・
縁起でもない話をもしばなゲームで語り合う

いろいろな「カフェ」とか・・・
がんカフェ、ナーシングカフェ、哲学・死生学カフェなど

グループワーク

Aさんのケースを読み、ACPを促進するために、Aさんへの支援としてどのようなことを計画しますか？

自由に話し合ってください。

Aさん 94歳 女性

- アルツハイマー型認知症 脳梗塞後遺症
- 夫は20前に他界、長女(67歳)夫婦と同居
- 23歳で結婚し、夫と農業をしていた。夫が亡くなってからは農業もやめ、庭で花作りなどを趣味程度に楽しんでいた。
- 145.0cm、体重39.0Kg、BMI18.6

Aさんは70歳代後半に脳梗塞を発症（右不全麻痺）、80代後半より認知症の症状が出現し、長女の介護を受けながら自宅で生活していた。

1年程前より、寝たきり状態で日常生活は全介助の状態である。会話は、可能である。

楽しい・気持ちよいことには笑顔が出たり、嫌なこと・不快なことには手を払いのけたりする。「嫌だよー」と声を出すこともあるが、言葉は2、3の単語のみの状況である。

2か月程前、発熱と意識レベルの低下があり、救急搬送され肺炎の診断で即入院となった。誤嚥性肺炎にて、摂食嚥下リハビリテーションも受け、経口摂取可能となり軽快し、在宅療養となった。

現在のADLや言語機能は入院前とほぼ同様で、体重は36.2Kg、BMI17.4であった。

退院して2週間、Aさんは食思がなく、食事を見てもスプーンで食物を口に近付けても開口しなかったり、口に含んでもなかなか嚥下せず食事介助に時間がかかるようになってきた。

食事摂取量は1食につき半分以下になることも認められ、何も食べられない日は、かかりつけ医より、点滴500m/日の指示も出た。

長女は、Aさんの活気がなくなってきていることを心配している。

訪問看護師は、やせてきたAさんの血管確保が難しい状況であったので、いつまで点滴確保できるかどうかと心配している。

全体シェア

どのような意見交換でしたか？
みなさんの話し合いをご紹介します。

3. 在宅訪問管理栄養士人材育成研修会 資料

【資料No.4】 在宅訪問管理栄養士第2回人材育成研修会 資料
みどり病院 管理栄養士 石月公美子

新潟市中央区「施設・病院の食事形態」
作成の経過と今後の活用について



2018年9月14日 新潟県訪問管理栄養士人材育成研修会
みどり病院 石月公美子

本日の話し

- ・「いいた市「施設・病院の食事形態」とは？
- ・作成のきっかけと新潟市中央区の現状
アンケート結果(2017実施)より
- ・作成の経過
- ・作成後 作成者の感想
アンケート結果(2018実施)より
- ・活用の方法や提案

「いいた市 施設・病院の食事形態」とは

掲載内容: 中央区の病院・施設の食事紹介
参加39(病院13・施設26) 各1枚づつ
参考資料(内容の説明、学会分類2013 他)の分類)

資金 : 「いいた地域食支援ネット」として助成金を申請し補助金をもらう
「新潟市在宅医療ネットワーク活動支援事業」2017年度(平成29年度)

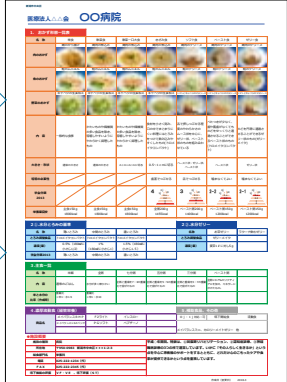
作成 : 雛形は「町田」の雛形を使用・変更の許可をもらい
今回のワーキンググループで検討
作成は、みどり病院 栄養科が連絡係となり、メールと電話で行う
印刷2万枚→製本: ファイル形式300冊+冊子形式120冊
8/1に完成

配布 : ファイル形式→中央区の病院、介護サービス施設すべて
冊子形式→その他地域に関連するところや希望があった所
現在、配布に難航中

「施設・病院の食事形態」の内容

中央区病院・施設の食事
39(病院13、施設26)
各施設1枚づつ

写真つきで解りやすく!
食事についての情報が詳細に記載されています



病院・施設の食事紹介 (上)

施設名: 医療法人△△会 ○○病院

おかず形態

おかず形態	和食	洋食	中華	イタリア	フランス	ペースト	その他
焼肉・ステーキ	焼肉(焼肉)	焼肉(焼肉)	焼肉(焼肉)	焼肉(焼肉)	焼肉(焼肉)	焼肉(焼肉)	焼肉(焼肉)
焼肉・ステーキ	焼肉(焼肉)	焼肉(焼肉)	焼肉(焼肉)	焼肉(焼肉)	焼肉(焼肉)	焼肉(焼肉)	焼肉(焼肉)
焼肉・ステーキ	焼肉(焼肉)	焼肉(焼肉)	焼肉(焼肉)	焼肉(焼肉)	焼肉(焼肉)	焼肉(焼肉)	焼肉(焼肉)

内容

大きさ・形状
咀嚼の必要性 (UDF)
学会分類
栄養量目安

病院・施設の食事紹介 (下)

水分とろみ
水分ゼリー

水分ゼリー	水分ゼリー	水分ゼリー	水分ゼリー
水分ゼリー	水分ゼリー	水分ゼリー	水分ゼリー
水分ゼリー	水分ゼリー	水分ゼリー	水分ゼリー

主食

主食	主食	主食	主食	主食	主食
主食	主食	主食	主食	主食	主食
主食	主食	主食	主食	主食	主食

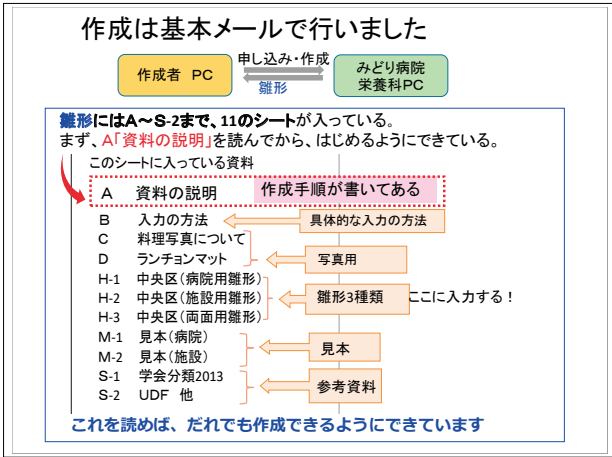
濃厚流動補助食品

濃厚流動補助食品	濃厚流動補助食品	濃厚流動補助食品
濃厚流動補助食品	濃厚流動補助食品	濃厚流動補助食品
濃厚流動補助食品	濃厚流動補助食品	濃厚流動補助食品

施設紹介

施設紹介	施設紹介	施設紹介
施設紹介	施設紹介	施設紹介
施設紹介	施設紹介	施設紹介

作成日



作成のきっかけと新潟市中央区の現状

アンケート結果(2017実施)より

作成のきっかけ

2017年
4月「在宅医療・介護連携ステーション中央第二」がみどり病院に委託となった。栄養科に講演依頼あり。

8月「にいがた地域食支援ネット」としてアンケート実施
対象:中央区で食事を出していると思われる病院・施設すべて

アンケート内容

- 学会分類について 知っているか? 使用しているか?
- 食事について 食種、水分補給、粥に使用している増粘剤 など
- 情報提供書について 困っていること 共通ツールが必要か など

回収率 47% (38/81カ所)

区	市	町	村	計
中央区	13	1	0	14
東区	1	0	0	1
西区	0	0	0	0
南区	0	0	0	0
計	14	1	0	15

10月「在宅医療・介護連携ステーション中央第二 ご当地研修会」でアンケート結果報告

中央区の病院・施設の現状<アンケート結果>

【食事について】

- 食種 ⇒ 41種類
- 主食 ⇒ 16種類
- 粥に使用している増粘剤 ⇒ 種類も濃度も様々
- 嚥下困難者への水分補給 ⇒ 各施設様々

食種:特に嚥下対応の呼称が様々
きざみ9種類、ミキサーソフト10種類
主食:ムース・ゼリー・ミキサー etc

増粘剤7種類
濃度:同じ増粘剤でも幅が大きい

トピ茶6割、お茶ゼリー4割、水分補給ゼリー2割、市販品各種

【学会分類・情報提供について】

- 学会分類2013 ⇒ 知っている 8割 使っている 2割
- 共通のツールが必要か ⇒ 必要8割
- 情報が不十分で困る など多数の意見

食種名だけでは内容はわからない!
食事の情報は欲しいけれど、学会分類は難しい作るのは無理!

アンケート結果をもとにぜひ、つくみましょう!

食事情報のツール

「能登 食力の会」

真似て作ったが...

学会分類使用が2割では無理!

「東区エッセ」で作成したものを見せてもらう
紹介してもらい連絡

「町田 食の連携プロジェクト」

食種や料理が先で、学会分類は後づけだからつくりやすそう

雛形データ使用・変更の許可を頂けた
これならできそう!

作成の経過

きっかけ・構想2017.8～(1年)
作成2018.1～完成2018.8.1(半年)

<今回の作成を振り返ると>

- 基本、メール(時々電話)でのやりとりで作成
- 召集:ワーキンググループ2回(+相談会1回)
- 参加呼びかけ: FAX × → 郵送 × → 電話
- 締め切り延長: 3/31→4/10→5/31→6/13
- 参加希望: 28→44→39施設(病院13、施設26)
- 学会分類: 当初は自由記載 ⇒ 全施設記載した
*今年度の改訂で学会分類のコード記載が必須となったため
嚥下調整食の必要性: なし、コード[]
とろみ:薄い、中間、濃い

しかし、学会分類を共通言語として使うには、まだまだ理解が不十分な状況

学会分類掲載のために

できたものを確認したら → 学会分類が記載されていないところがある！という現状
記載されていても、これでいいの？というところも

学会分類はあっているのか？ 学会分類と咀嚼の必要性(UDF)があっているのか？

再度、すべてを確認することにした
ワーキンググループの中で
嚥下に詳しい栄養士、STより

写真内容
大きさ・形状
などで判断

不明な点はメール・電話で確認
学会コードを判断
UDFとあっていることを確認

2.1.水分とろみに関する
とろみについても同様です

学会分類2013と他分類の対応 ~通販カタログの資料~ 写真でわかりやすく、学会コード番号⇔UDFの判断ができます

形はあり、かたすぎず、ばらけにくく、貼りつきにくいもの
滑でできるやわらかさ

コード4の場合

結局、なに？

きざみ食で、トロミやあんまでまとまりがあるものは【コード4】
刻んだだけは【調整食必要性なし】とした

学会分類2013(嚥下調整食分類2013)

日本語嚥下リハビリテーション学会HP

今年度の改訂で学会分類のコード記載が必須となった！

医療【栄養管理計画書】
介護【栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング用紙】

嚥下調整食の必要性：なし、コード[]
とろみ：薄い、中間、濃い

摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理が求められています
栄養士は学会分類を理解できなければいけない

一度は読んでみてください！

今回の作成で<苦労した要因>

- なぜやっているのが伝わりにくい(賛同が得られにくい)
栄養士でも、断るところも多数
施設長、事務長などが認めない場合もあった
- 中央区の栄養士が集まる場がない(話し合えない)
- 助成金で、中央区の病院・介護施設すべてに配布することにした
↓
すべてに、参加を呼びかけなければいけない
広範囲の配布のため、内容のチェックを繰り返した

作成後の感想

<作成者へのアンケート結果より>

作成後、作成者にメールで聞き取りをおこないました
結果 : 35配信⇒32回答 (91.4%の回答)

作成者へのアンケート 結果

<質問項目>⇒回答

Q作成した人の食種
⇒ 栄養士が多いが、栄養士以外4施設あり

Q相談者はいたか
⇒ 70%が相談者あり

<相談した相手>
病院 : 歯科医師、自施設・関連施設栄養士3、自施設OT、みどり栄養士
施設: ST5、自施設栄養士、HP管理栄養士2、委託栄養士2、みどり栄養士2、調理師、施設代表、事務長2、介護師長、

Q作成に参加した理由
⇒ 「情報提供の手助けとなる」84%
「食事形態の見直し」39%と前向きな参加理由！
34%は「すすめられたから」

Q作成時、苦労したところ
⇒ 写真66%、学会分類59%と多くが苦労していた
他には、食事形態、栄養量、メールでのやりとり、締切、上司の理解など様々
栄養士でない方で“すべて”と回答した方もいた

作成者へのアンケート

<質問項目>⇒回答

Q作成してよかったこと
⇒「食事形態の見直しが行えた」63%
「学会分類を理解できた」31%、「他職種と意見交換ができた」28%

Qファイルをどのように活用したいか
⇒「食事の情報」として活用したい！
入所時の判定、他職種へ食事説明、在宅へ退所時など様々な場面に

Q学会分類についての理解状況
⇒「もともと理解できていた」10%
作成をとおして「十分理解できた」22%、「少し理解できた」52%
「理解できていない」16%・・・栄養士以外が多い

Q記入方法の説明、雛形で分りにくかったところ
⇒ 特になし
栄養士であれば、説明をみれば作成できます

活用の方法や提案

使い方のお願い <学会分類について>

学会分類では、**コード3を食べる能力がある = 0-2-2も食べられる**と判断しています

名称	選択区分	ソフト食	ペースト食
大きさ・形状	0-1-1-0	ムース食 ペースト食、ゼリー食	ペースト食
嚼破の必要性	高でつぼめる	高でつぼめる	嚼まなくてよい
学会分類 2013	4	2-2 3	2-1 2-2

学会分類2013の表記は、コードの大きいものだけを記載でよいが、今回の作成では、食事をイメージしやすいように、複数記載しているところもある

この場合は ソフト食は [コード3]

嚥下機能で[コード 2-2]がいい方には、この食事は提供できません

今回の作成では、学会分類は、各施設・病院での調理の違いや評価によりコードの判断は異なっていました。他の情報も組み合わせて判断してください

<ユニバーサルデザインフード>

日本介護食品協議会が規定した規格に適合した商品だけについての規格「かたさ」「粘度」により4つに区分。かむ力、飲み込む力を目安に区分を選ぶ

咀嚼の必要性 をみて
市販品購入時に利用します

注)学会分類では ⇒ 4 4 3 2-2-2
数字が逆

UDF	区分1	区分2	区分3	区分4
商品名	ユニバーサルデザインフード	ユニバーサルデザインフード	ユニバーサルデザインフード	ユニバーサルデザインフード
規格	区分1	区分2	区分3	区分4
商品写真				

日本介護食品協議会HPより

活用方法 <病院⇒病院・施設>

A病院 ソフト食【コード3】
しかし情報提供書に【コード】が書いていない場合が多い
こんな時に「食事形態」A病院で、ソフト食⇒【コード3】を確認

B病院 ムース食【コード3】
C施設 ミキサー食【コード2】

コード3の食事がいないため、2からはじめて様子を見ていく

食事情報の手助けとして活用
学会分類、その他情報を使う
入院・入所時から
嚥下機能にあった食事を提供できる

活用方法 <病院・施設⇒在宅>

A病院 ソフト食【コード3】
食形態一覧ソフト食【コード3】はどんなもの？他の情報を確認

B病院 ムース食【コード3】
C施設 ミキサー食【コード2】

在宅？
入所中の食事はあったのか？
何を食べればいいのか？
市販品はどんなものを買えばいいの？

学会分類だけでは伝わりにくい
写真、内容、UDFなど、様々な情報を活用
⇒ わかりやすく説明してください

在宅での活用方法

UDF
食形態一覧で「咀嚼の必要性」を目安に購入できます

大きさ・形状	ペーパースプレッド、ペーパーケーキ
咀嚼の必要性	舌でつぶせる
平成28年 2016	3

「舌でつぶせる」を買って下さい
「かまなくてよい」でもいいですが
「歯ぐきでつぶせる」は×です

家で作る目安になります

これを使って目安にしてください
南瓜の煮物を作った時に作れますよ

学会分類だけが独り歩きしないように、様々な情報からの判断が必要です。

「食事形態一覧」は
病院・施設・在宅もつなぐ
食事の情報源として活用してください

今後、栄養士会HPから
ダウンロードできる予定です

訪問指導では

他職種との連携 と 理解できている？ 確認し、繰り返しの説明 が必要です

ゴホ ゴホ

聞たべたらいのかしら

また腹立た

栄養指導

食べたいもの、よく食べているもの、家族が食べているものを
「どうしたら食べられるか」無理なくつづけられるように

簡単に！

これは食べられるかな

トロミを追加

ルールはコード2

まとまる、エネルギーUPも

いつもの料理を一工夫

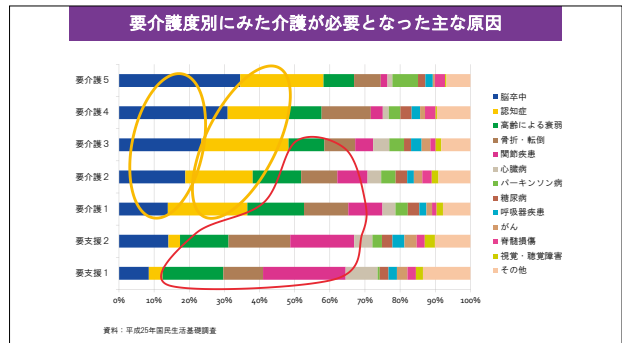
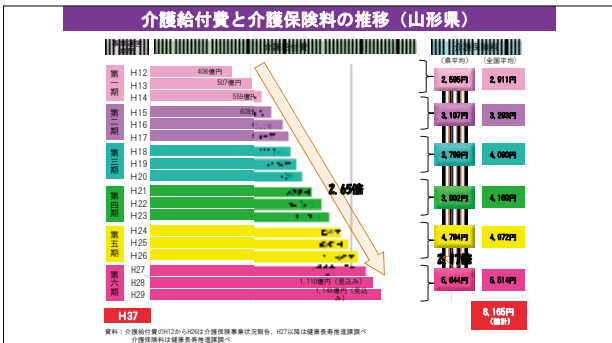
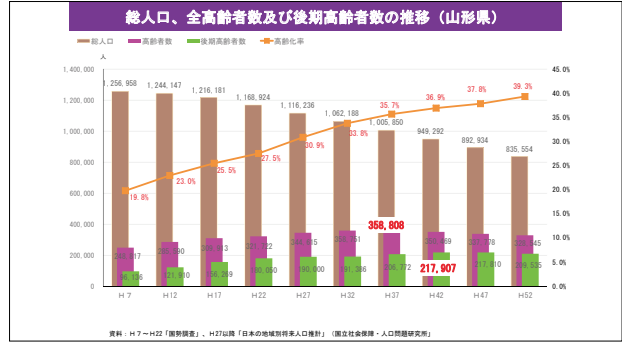
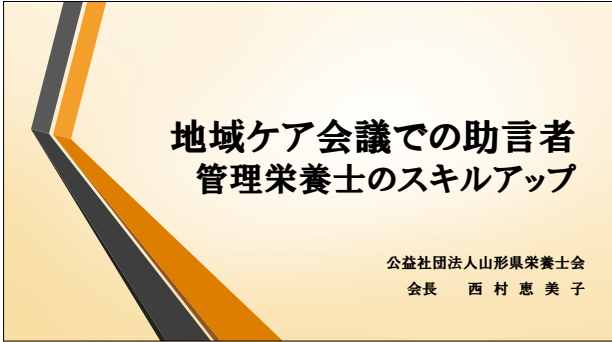
目安はこの位

まとめて作って、冷凍できるもの...

必要なら...

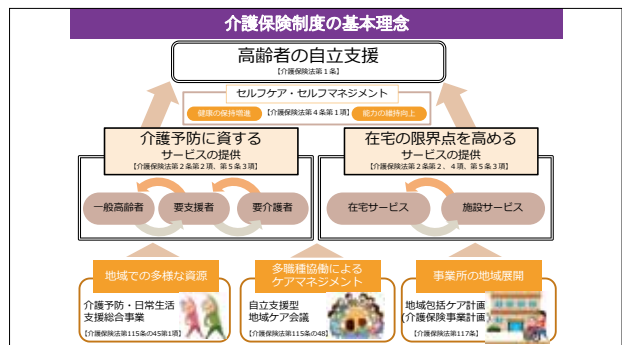
嚥下機能にあう「食事や料理の工夫」は栄養士！！

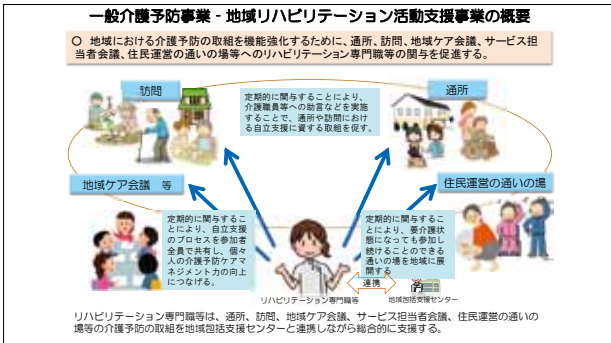
【資料No.5】 在宅訪問管理栄養士第4回人材育成研修会 資料
公益社団法人山形県栄養士会 会長 西村恵美子



(参考) 第6期 都道府県別の介護保険料の状況

都道府県名	前年度 (円)	前年度 (円)	前年度 (%)	前年度 (%)	前年度 (円)	前年度 (円)	前年度 (%)
北海道	4,520円	4,570円	101%	101%	5,570円	4,260円	76%
青森県	4,000円	4,000円	100%	100%	4,200円	4,200円	100%
岩手県	5,020円	4,950円	99%	99%	6,450円	5,200円	81%
宮城県	5,450円	4,840円	89%	89%	5,440円	4,900円	90%
秋田県	4,980円	5,330円	107%	107%	5,330円	4,900円	92%
山形県	5,440円	4,740円	87%	87%	6,240円	5,200円	83%
福島県	5,020円	4,800円	96%	96%	6,240円	5,200円	83%
茨城県	5,140円	4,540円	88%	88%	5,940円	5,340円	90%
栃木県	4,980円	4,490円	90%	90%	5,440円	4,900円	90%
群馬県	5,440円	4,740円	87%	87%	6,240円	5,200円	83%
埼玉県	4,980円	4,980円	100%	100%	5,940円	5,200円	88%
千葉県	4,980円	4,490円	90%	90%	5,440円	4,900円	90%
東京都	5,440円	4,990円	92%	92%	5,940円	5,150円	87%
神奈川県	5,020円	4,980円	99%	99%	5,940円	4,900円	83%
新潟県	5,020円	4,980円	99%	99%	5,940円	4,900円	83%
石川県	4,980円	4,980円	100%	100%	5,940円	4,900円	83%
福井県	5,020円	4,980円	99%	99%	5,940円	4,900円	83%
山梨県	5,020円	4,980円	99%	99%	5,940円	4,900円	83%
長野県	5,020円	4,980円	99%	99%	5,940円	4,900円	83%
岐阜県	5,020円	4,980円	99%	99%	5,940円	4,900円	83%
静岡県	5,020円	4,980円	99%	99%	5,940円	4,900円	83%
愛知県	5,020円	4,980円	99%	99%	5,940円	4,900円	83%
三重県	5,020円	4,980円	99%	99%	5,940円	4,900円	83%
全国平均	5,020円	5,140円	102%	102%	6,240円	5,200円	83%

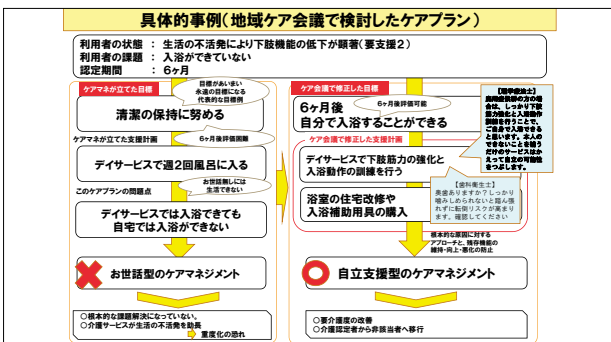




標準的な地域ケア会議の流れ

項目	所要時間	内容
① 資料の読み込み	約5分	●下記資料を出席者全員が読み込み ・基本情報（家族構成、現病歴、服薬状況等） ・ケアプラン及び提供サービス ・現在の身体状況（日常生活の困難度、口腔、栄養摂取等）
② プラン作成者の概要説明	約3分	●自立を阻害している原因の説明 ●サービス提供による改善予想の説明
③ 事業者から提供サービスの説明	約3分	●実際に提供しているサービス（リハビリ等）内容の説明 ●サービス提供より状態がどのように改善したか説明
④ 専門職等からの質問及び助言	約12分	●司会者は課題を整理し、状態を絞り込んで進行 （例：下肢筋力低下が原因で、室内歩行が困難） ●司会者が整理した課題解決に必要な疑問点を専門職等から質問 （例：食事から栄養を摂れていないようですが、入れ歯は合っていますか？） ●専門職等から課題解決に向けた助言 （例：筋力低下は、咀嚼が十分にできず栄養摂取が非効率なことが原因と考えられます。入れ歯の調整のために歯科受診をお勧めします）

- ### 事前準備資料等
- 様式（別紙参照）
 - ①利用者基本情報（おとも、うら）
 - ②基本チェックリスト
 - ③介護予防サービス・支援計画表（ケアプラン）
 - ④介護予防支援・サービス評価表
 - ⑤生活機能評価表又は課題整理表
 - ⑥介護予防ニューアセスメント表（通所用又は訪問用）
 - ⑦おくすり手帳、服用薬品名カード等
 - ⑧主治医意見書
 ※派遣専門職がケースの状態を把握するのに必要な情報は、準備が必要ですよ
 - 他市町村の開催状況視察の勧め
 - ・市町村毎に、会場の配置や進行に違いがあります
 - ・地域ケア会議で出た地域課題解決に向け、市町村独自で介護予防・日常生活支援総合事業を構築しています



地域ケア会議のステップと主な役割

	プランナー・事業所	司会者	助言者
ステップ1	◎		
ステップ2	○	◎	
ステップ3			◎
ステップ4	○	◎	
ステップ5		◎	

地域ケア会議での専門職の皆様への期待

- 1 課題の見極め、優先順位付けができる**
優先度の高い課題への助言が漏れないようにする必要があります
- 2 具体的助言ができる**
助言を受けるのは、利用者本人ではなく、ケアマネジャーや事業所のスタッフです（誰に 何を どのように）
- 3 他の職種の見点も踏まえた俯瞰的視点に立つことができる**
課題解決に向けて、専門職の助言の方向性を合わせる必要があります
- 4 司会者（コーディネーター）ができる**
全体の流れを把握することで、求められている助言を客観的に理解できます

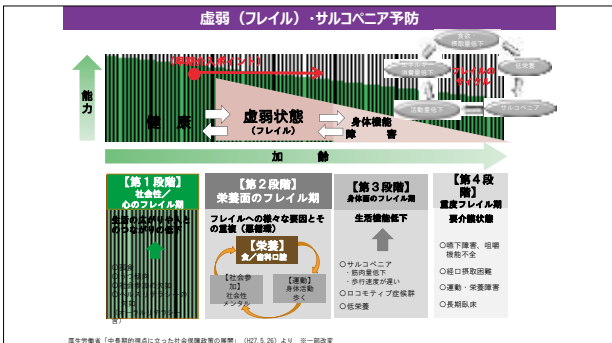
※ ケアマネジャーや事業所の方々への研修等への協力
※ 必要なサービス構築への協力

地域ケア会議への専門職派遣状況

地域包括ケア総合推進センターでの派遣調整数

	合計	薬剤師	管理栄養士	歯科衛生士	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
平成27年度(実績)	367人	75人	83人	83人	47人	48人	31人
平成28年度(実績)	1,012人	198人	157人	180人	157人	160人	160人
平成29年度 平成30年度 予定	1,550人	309人	233人 371人予定	297人	237人	268人	209人

※ 導入実践研修等の研修会での地域ケア会議は含みません



地域における多（他）職種は
専門職種や地域の支援者である

医師、歯科医師、看護職、病院や施設のソーシャルワーカー、ケアマネジャー、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、薬剤師、地域包括支援センターの職員、自治体職員、法律や臨床倫理に関する有識者などである。また、利用者の住する地域においては民生委員、近隣の住民など多くの医療介護の専門職や地域の支援者が関わる。

↓

地域ケア会議の個別資料については会議終了後に回収される

資料の例)
地域ケア会議検討ケース概要
介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）
実態把握・利用者基本情報
利用者基本情報追加確認
運動機能向上プログラムリスク確認
課題整理表（生活機能・健康状態）
生活行為向上アセスメント①（ADL）
生活行為向上アセスメント②（IADL）
お薬手帳の写し

地域ケア会議での栄養士としての役割
～事例の理解と確認事項～

食事摂取状況、排泄状況、服薬状況、病識の有無、自立意欲家事能力と意欲、身体状況と機能向上、介護者の状況、生活歴と生活状況、金銭面等の確認

かかりつけ医による栄養上の意見や病院での栄養指導の内容の確認

厚生労働省 介護予防活動普及展開事業 専門職向け手引より

地域ケア会議での栄養士としての役割 ～事例の理解と確認事項～

食や栄養に関わるキーパーソンの有無を確認する

食事環境で支障はないかを確認（孤食による食欲低下、衛生環境台所の機能性、買い物の状況、家族関係、支援者など）を確認する

厚生労働省 介護予防活動普及展開事業 専門職向け手引より

地域ケア会議での栄養士としての役割 ～実践につながる助言のポイント～

目標達成に向けた行動変容を導くためにも、短期間でできる目標を設定し、達成感を得られるよう助言する

本人や家族に、栄養改善の必要性が受け入れられなかった場合、本人や家族が理解できそうなポイントを助言する

栄養士の介入がない場合、他職種介入時に行ってほしい助言を行う

栄養支援に関する地域資源が少ない場合、地域課題として検討できるように助言を行う

厚生労働省 介護予防活動普及展開事業 専門職向け手引より

地域ケア会議の最終目的

利用者は様々な人がいます。そして家族にも様々な人がいます。利用者がなぜ介護を受けなくてはいけなくなったかの背景も様々です。皆さん自宅これまでのように過ごしたいと思っています。何が原因でそれができなくなったのか？何を支援すれば今までのように自宅で生活できるのか？ケアマネージャーがしっかりとアセスメントしてプランを立てています。そのプランに、専門職種だから気づくことを伝え利用者が今の地域で自分らしく生活できるようにサポートする方法を助言し、その結果、利用者様にあった

QOLの向上につながるようになるとよいと思います。

栄養士の助言者として・・・

参加するケア会議の市町村での食事に関するサービス（介護保険以外でも・・・）を知っておくとよい。

配食サービス 訪問介護サービス 居宅療養管理指導 地区のサロン等

地域にあった具体的アドバイスができるように準備する

効果的な助言をする人は

- いつも研鑽し、新しい事を知っている
 - だから私や利用者のためになる（注意）
- 高齢者の生活を知っている
 - 専門用語ではなく生活の視点で話してくれる（関連性）
- 助言を聞くとなんだかやる気が出る
 - やってみようかなあと思える（自信）
- 助言がスーッと心におちる
 - 生かすチャンスがあるので、ここに来て良かったと思える（満足感）

（公社）大分県理学療法士協会
地域包括ケアシステム担当理事
竹村 仁氏 作成資料より抜粋

ARCS動機付けモデル（JOHN KELLER：1983）の視点で作成

栄養士の発言のポイント

食生活の聞き取り方を伝え、食変容に気づいてもらえるためにはどうしたらよいかを具体的に発言する

食生活で現在の状況になった原因をプランから読み取り低栄養・過体重・疾病等個人に合わせた方法を提案する

ケアプラン

本人の目標達成のための、サポート内容は充実しているか？（サポートの過・不足の確認）

今の本人の状態（身体的・精神的・経済的生活環境）で何を支援すれば QOLがあがるのか？

資料を確認するポイント (ケアプラン)

■要介護度の状態の目安

要介護1	日常生活で支援が必要	生活機能の一部に若干の低下が見られ、介護予防サービスを利用すれば生活が営みられる状態
要介護2	日常生活で支援が必要	生活機能の一部に低下が見られ、介護予防サービスを利用すれば生活が営みられる状態
要介護3	部分的な介護が必要	日常生活のうち、歩行等の部分的な介護が必要な状態
要介護4	特定の介護が必要	日常生活のうち、歩行・排泄・食事等の部分的な介護が必要な状態
要介護5	重度の介護が必要	日常生活においてほぼ全面的な介護が必要な状態
要介護6	重度の介護が必要	日常生活は、介護がないと営むことができない状態

※あくまでも平均的な状態をご紹介しております。同じ介護度でも障害を受けた方の状態によっては完全に一致しない場合がありますのでご注意ください。

課題整理総括表

自立を阻害している要因を見る！

例) 過体重の原因は？
間食内容？
食事量が多い？

有効な声かけの方法
サービスの利用は？

資料を確認するポイント (課題整理総括表)

【ADLの確認】

- ケアマネジャーのアセスメントを確認する
- 基本情報の日常生活自立度の整合性を確認する。疑問がある場合は掘り下げる必要がある(食事・排泄がないか確認(あるとすれば何が原因か))
- 歩行も食事にも関係があるため確認する(便秘・下痢があれば原因を聞く)

【IADLの確認】

- 個人因子と環境因子を確認する
- 各項目の機能低下がADLの状態によるものか、認知機能の問題なのかを確認する
- できないこと、していないことを見極める
- 社会参加は改善した機能を維持するために必要な要素であるため、ADLの改善が可能であるならば、この項目の改善を必ず目指すこと

【共通】

- この資料とケアプランがリンクする
- 事後評価が改善可能となれば、そのためのサービスが必ずプランに記載されることとなる

資料を確認するポイント (アセスメント1)

「生活機能で高い水準が自立できているかどうかを確認する」

「歩行・排泄・食事・歩行・排泄・歩行・排泄」

「歩行・排泄・食事・歩行・排泄・歩行・排泄」

「歩行・排泄・食事・歩行・排泄・歩行・排泄」

・21～24の項目で「はい」が多い場合は食事との関連を聞く

資料を確認するポイント (アセスメント2)

「歩行・排泄・食事・歩行・排泄・歩行・排泄」

「歩行・排泄・食事・歩行・排泄・歩行・排泄」

「歩行・排泄・食事・歩行・排泄・歩行・排泄」

「歩行・排泄・食事・歩行・排泄・歩行・排泄」

「歩行・排泄・食事・歩行・排泄・歩行・排泄」

資料を確認するポイント (基本情報おもて)

- 性別、年齢は本人の状態像をイメージするためには重要な要素
- ADLの状態を確認する最も重要な要素
- 認知機能に課題があるかどうかを確認する
例えば、このケースの場合は認知機能に課題がないことになるが、プランに認知機能の課題があるとなれば確認する必要がある
- 現在の要介護者と前回の介護度を比較して重複化している場合はその原因を確認する
世帯の所得状況によっては経済的な支援計画の作成が求められる(例えば療養費を超えるサービスを利用する場合などは介護保険給付を確保するなど)
- 世帯構成の確認は絶対視とせないポイント
施設の場合は住所の実親(見守り等)が得られるかどうかも重要な要素
高齢夫婦のみの場合は、どちらかが介護している状態が多く、その介護者が一時的に入院等により介護できなくなった場合の対応策も必要
子どもが介護している場合などは、介護者の疲労度も考慮することが必要

資料を確認するポイント (基本情報うら)

- 1
- 2
- 3

1

「<介護予防に関する事項>」

夫と二人暮らし。数年前に長男夫婦がおり、日常的に援助を受けている。夫に認知症があり、看護士をはじめ生活行為に援助が必要。ほとんどの時間を夫と過ごしている。現在、両親の備わがあり、立ち回り時間がかかる。屋外のみ杖歩行できるが不安定で転倒することも。調理は好きだが腰の痛みがあり、長い時間立っていることができなくなっている。

- 現在の状態に至った経緯を確認することができる情報が記載されている。よくわからない場合は質問する。
- どのような人生を過ごされたかは、本人の人物像をイメージするために重要(特に認知症の場合は、ケアに対するアプローチのヒントになることが多い)

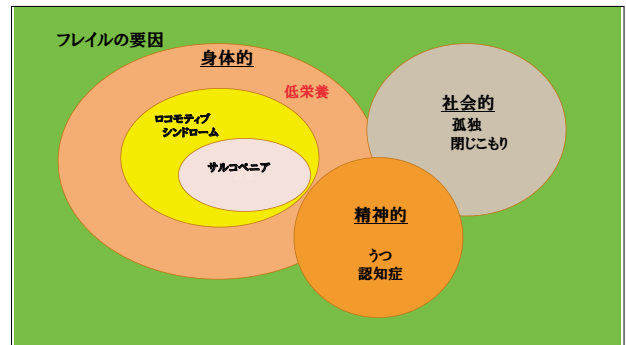
2

日	時	場所	介護の要否
07:00	起床		
08:00	朝食(牛乳・パン)		本人+家族が介護
11:00	洗濯(洗濯機)		高齢の認知症の要介護者(要介護)が介護している
12:00	昼食(お弁当)		
13:00	お散歩(散歩)		
17:00	入浴		
20:00	就寝		

- 一日の過ごし方で食事に問題がないかの確認
- 特徴的な要素があれば、助言の時の材料にする
- 日常生活の活動度を推測して生きがいを見つける
- 家での役割があるかどうかの確認
- 趣味や特技・近隣との関係もその人を知るポイントとなる

3

- 既往歴・現病歴の確認は、重要なポイントとなるので確認する
- 既往歴・現病歴をみて病気と食事の関係を見る
- 薬の内容(効能等)も確認する(食欲に関連する薬はないか等)
- 薬の量(種類)に着目する⇒薬剤師が出席なら投げかける
- 現在使われている公的・非公的サービスの確認をする



フレイルの兆候をつかむ ⇒ 基本チェック・アセスメントシート等

- 転びやすくなった
- 動くのが億劫になった
- 外出が減った
- 買い物回数が減った
- 会話の回数が減った
- 食欲が無い
- 美味しいものを食べたいと思わない
- 調理をする気にならない
- 調理ができなくなった
- 最近痩せてきた
- 最近太ってきた
- 朝起きるのが億劫になってきた
- 朝ごはんを食べていない

栄養状態 : BMI 体重の変化
食事内容 : 生活時間 食事量
疾病の有無 : 既往歴 高血圧 糖尿病 腎臓病 胃腸出血手術 他
経済状況 : 食費の支出
家族関係 : ケアパーソンは誰か
地域活動 : 友人
住宅環境 : 店・宅配・コンビニ 台所環境設備
福祉サービスの利用状況

加齢による体の変化

- 噛む力が低下する
- 唾液の分泌量の減少する
- 胃液の分泌量の減少する
- 味覚が鈍くなる
- 喉の渇きの感覚が鈍くなる
- 腸の機能が低下する など…

低栄養とは？

エネルギーとタンパク質が不足し、健康な体を維持するために必要な栄養素が足りない状態

体の機能の低下・食欲の低下

↓

食べる量が減る

↓

筋肉量が減る 運動能力の低下

↓

寝たきりにつながる！

脱水の兆候【軽度～中程度】

食べ物とカラダの関係

カラダは食べ物から作られている。そして、動くためには食べ物が必要です！

動きやすいカラダを作る

カラダの働きを高める

正味エネルギー

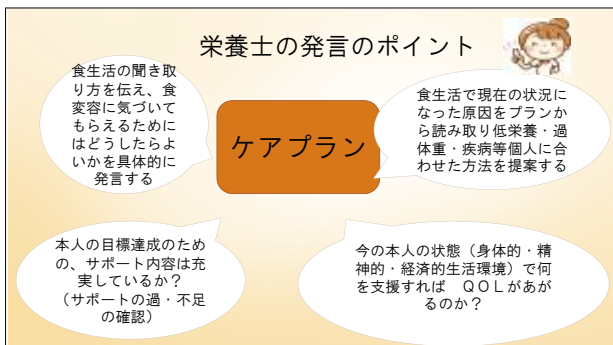
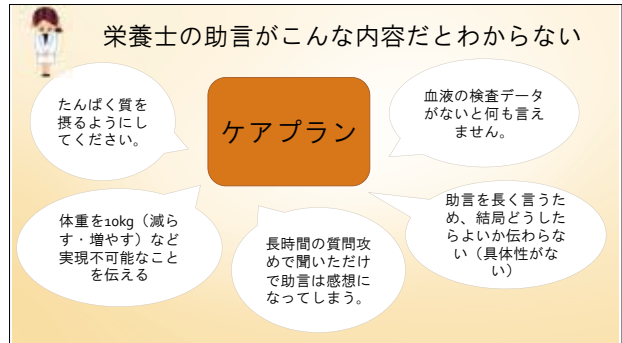
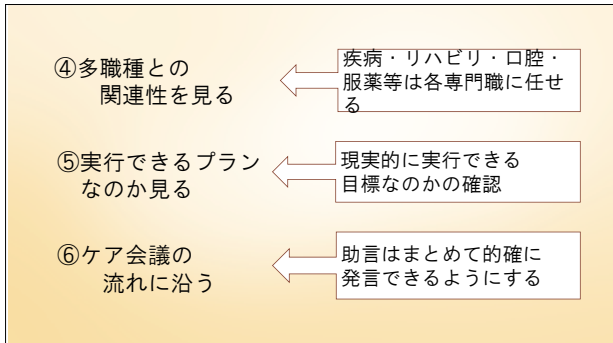
たんぱく質

ビタミン

ミネラル

ケアプランをみて確認する事

- ①アセスメントを見る・聞く ← 現在の状態に至った原因を確認する
- ②課題整理総括表を確認する ← 今の状況での予後予測を確認する
- ③支障となっている原因を確認する ← どうすれば目標を達成し、状況がよくなるのか？



困難事例 ～基本情報1～

【年齢】 74歳

【性別】 女性

【介護度】 要介護1

【現疾患】 認知症、糖尿病、高血圧、脳梗塞後遺症、変形膝関節症、低栄養

【ADL】 右片不全麻痺があるため動作に多少の不自由がある。歩行時にふらつきも見られる。排泄、排便は自身で可能

【経済状況】 年金

【本人の意向】 在宅にて自分ができない部分をヘルパーに補ってもらい、現在の生活を続けたい

【家族の状況】

外国人の夫が他界後は一人暮らし。一人娘は母親との関係に以前より強いストレスを抱えており、現在もカウンセリングを受けている。キーパーソンにはなれない状況である。

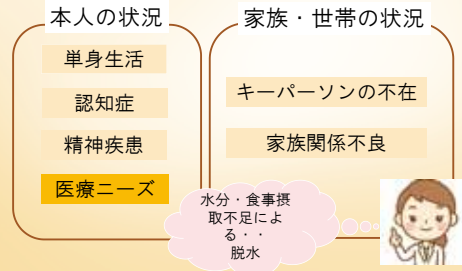
【住居環境】 戸建に居住

【生活状況・食事摂取状況】 不眠傾向で、明け方5時に就寝するような昼夜逆転に陥る等、生活リズムに乱れがある。食事は一日2食で水分はほとんど摂らず、食事摂取量も低下している。

～基本情報2～

数年前まで、自宅を使い塾を開き、自立していた。
 現在、認知症が進んでおり、一見問題ないように見えるが、話をしているとつじつまが合わないことがある。
 また、自分の病気を理解できないため、服薬も残薬あり、ADL低下により生活全般に困難が生じてきている。
 また、幻覚の症状も見られ、気分が波があり、物忘れ、体調の変化も著しい。
 娘とは以前から折り合いが悪く、母娘関係が良好ではない。

困難と考えられる理由



管理栄養士の助言例

- 1) 脱水や低栄養等により認知症状の悪化や体調変化の波が大きいことが予測されるため、水分補給・食事等の日常生活管理に注意が必要である。
- 2) 唯一本人の信頼を得ているヘルパーと連携を図り、食事の摂取量や水分摂取状況を把握できるようにする。
- 3) 水分摂取を促すこと、水分の多い食品（果物やゼリー、アイスクリームやヨーグルト、汁物など）を食べて頂けるよう提案する。

管理栄養士の効果的な助言のポイント

家庭環境を考慮して、適切な栄養量をどのように確保するか。

- ・ 単身・2世帯・3世代 ⇒ キーパーソンは誰？
- ・ 買い物・調理・後かたづけ・洗浄 ⇒ 本人・家族の可能な範囲は？
- ・ 栄養バランスはとれているか ⇒ 栄養状態・身体機能・IADLは？
- ・ 経済的に、購入できる範囲 ⇒ たんぱく源を確保できるか
- ・ 調理機器を使ってできる調理方法 ⇒ ガス・IH・電子レンジ等
- ・ 簡単にできる調理方法・市販品の活用方法
- ・ 食欲はあるか、家庭での役割 ⇒ 存在感、生きる意欲、役割

具体的な事例にそって、数多く助言を経験し、効果的な手法をアドバイスできるように努めましょう。

まずは、ケア会議に参加して他職種との連携から、管理栄養士の立ち位置を確立していきましょう。

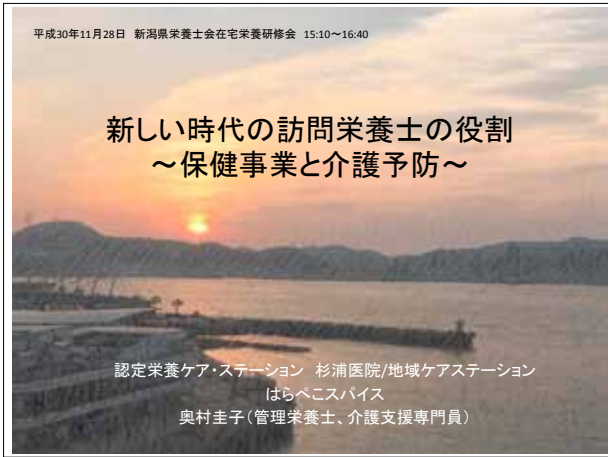
ご清聴ありがとうございました



咲かそう、地域包括ケアの花！

4. 十日町支部在宅栄養ケア研修会 資料

【資料No.6】 認定栄養CS浦医院/地域CS はらぺこスパイス
管理栄養士・介護支援専門員 奥村 圭子



お話の内容

- 栄養ケア・ステーションの仕事内容
- 「栄養パトロール」を基本は「地域保健医療」
- 「地域保健医療」の分野で活躍する方法
- 「地域保健医療」の課題を「栄養パトロール」を通じて学ぶ

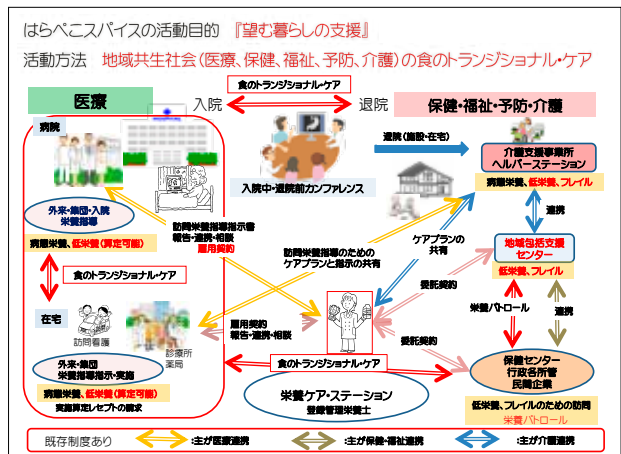
お話の内容

- 栄養ケア・ステーションの仕事内容
- 「栄養パトロール」を基本は「地域保健医療」
- 「地域保健医療」の分野で活躍する方法
- 「地域保健医療」の課題を「栄養パトロール」を通じて学ぶ

私たちが対象とする地域住民の一般的な特徴

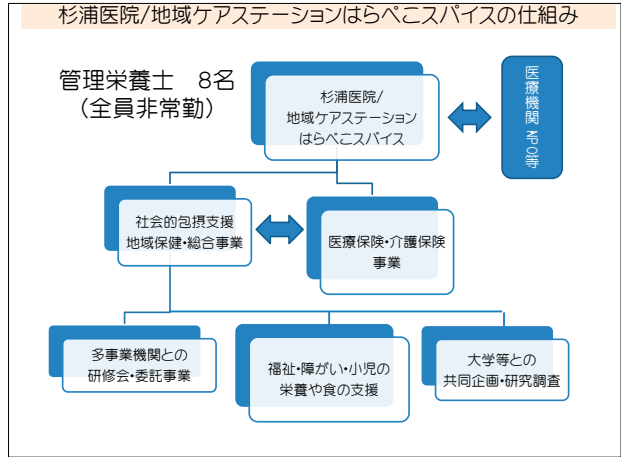
人々はしばしば
自分自身の健康や医療に関する適切な意思決定を行うことができない、
または、自分の健康と地域社会のことについての決定を制御してしまう。
地域保健医療サービスの不公平をなくすることが重要である

who framework on integrated people centered health services



杉浦医院/地域ケアステーションはらぺこスペースの事業

1. 医療保険・介護保険事業
2. 社会的包摂支援 地域保健・総合事業



社会的包摂支援・地域保健・総合事業

- ・ホームレス支援への取り組み(立ち寄り型)
 - ① 健康相談：毎月第4金曜日
多職種(医師、看護師、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士)で実施。
※野宿者(10~15名)に健診後に**栄養士が調理したお弁当を配布**
 - ② 支援事務所に来られる方へ食事相談や支援
参加人数:10名前後
 - ③ 平成30年度 勇美記念財団助成金事業
- ・精神科(訪問)
 - ① 週1回、訪問看護師に同行し患者さまの居宅へ訪問。
※ 算定なし、**要望に応じて調理などの食支援を実施。(8名/日)**
 - ② 毎週水曜日の精神科医師による訪問診療へ同行。
患者数:12名(当日の訪問患者数は4~5名)
- ・栄養パトロール(1か月 平均40件)
保健センター(大府市、津市)、地域包括支援センター(常滑市)
平成30年度 勇美記念財団助成金事業(気仙沼)

平成28年度、29年度 はらぺこスペース業務実績

業務内容	年度別 延べ人数(人)	
	平成28年度	平成29年度
外来栄養指導	173	230
集団栄養指導	4	14
訪問栄養指導	401	465
ホームレス支援	-	82
精神科訪問	-	282

※ 精神科及びホームレス支援は算定していません。
※ 栄養パトロールは含まれていません

はらぺこスペース 栄養業務の内訳(平成30年4月現在)

平成30年4月の栄養指導件数(延べ)

総人数	98
訪問栄養指導	39
外来栄養指導	21
集団栄養指導	0
精神科訪問	30
ホームレス支援	3

※ 栄養パトロール(40名)は含まない

平成30年4月 栄養指導平均年齢

総人数	72.5
訪問栄養指導	78.3
外来栄養指導	71.1
集団栄養指導	0.0
精神科訪問	50.9
ホームレス支援	62.7

平成30年4月 栄養指導 男性割合(%)

総人数	28.0%
訪問栄養指導	41.0%
外来栄養指導	47.6%
集団栄養指導	0.0%
精神科訪問	96.7%
ホームレス支援	100.0%

お話の内容

- ① 栄養ケア・ステーションの仕事内容
- ② 「栄養パトロール」を基本は「地域保健医療」
- ③ 「地域保健医療」の分野で活躍する方法
- ④ 「地域保健医療」の課題を「栄養パトロール」を通じて学ぶ

相談の特性

摂食嚥下障害
ALSなど神経難病
コントロール困難な食生活機能の低下
糖尿病・心臓病・腎臓病
サルコペニア・悪液質が伴う低栄養
せん妄が伴う脱水

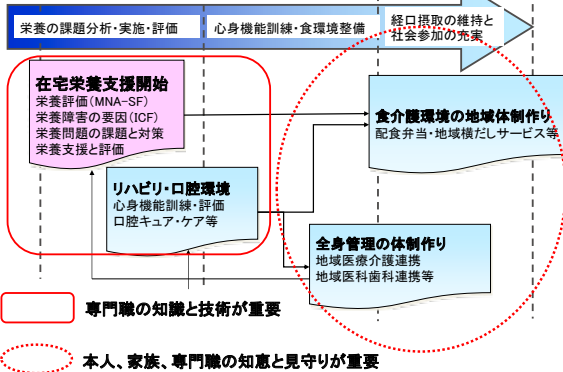


食生活に問題のある方の特性

認知症や抑うつの方
(日中)独居
高齢者世帯
孤食
主介護者が要療養者
経済的困難高齢者
家族関係困難者



対象者に対して、根拠のある栄養ケアを多職種多機関で行う



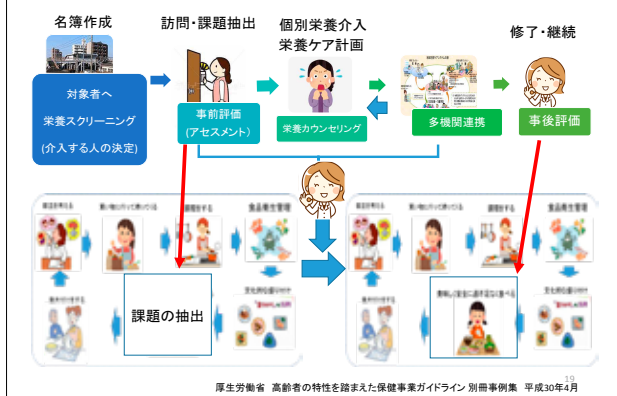
訪問栄養で使う道具



症例1 絶食からの訪問栄養支援



大府市栄養パトロール介入方法



対象者

	平成28年度	平成29年度
抽出条件該当者(人)	138人	240人
スクリーニング対象者	0人	アンケート回収者 170人 (抽出条件該当者 70.8%)
介入対象者	該当人数のうち、地域包括支援センターから紹介者 92人(抽出条件該当者 66.7%)	アンケート回収者のうち「低栄養及び低栄養のおそれがある人(MNA [®] -SF11点以下)」 67人(対象者の39.4%)
参加者	58人(介入対象者42.0%)	49人(介入対象者73.1%)
事前事後完遂者	47人(参加者81.0%) ※ 参加者の拒否者1人	35人(参加者71.4%) ※ 参加者の拒否者0人

※ 平成27年度は事前事後調査をしていないため分析から除外する

評価方法

栄養状態の評価は、簡易栄養状態評価表(Mini Nutritional Assessment-Short Form : 以下、MNA[®]-SF)^{※2}を用いて評価しました。

MNA [®] -SF 総合点	12点~14点	8点~11点	7点以下
評価	栄養状態良好	低栄養のおそれあり	低栄養

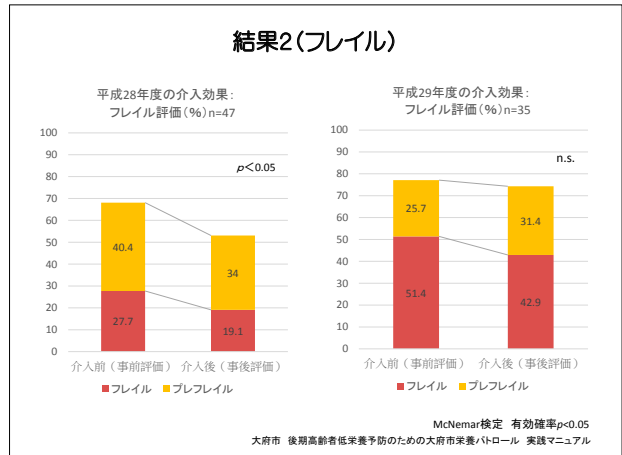
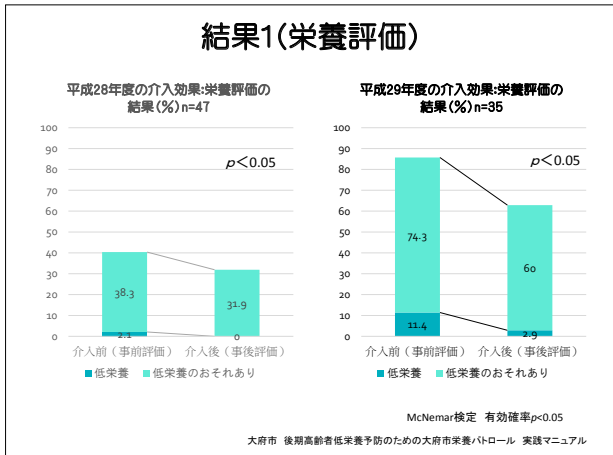
※2 MNA[®]-SF
(http://www.mna-elderly.com/forms/mini/mna_mini_japanese.pdf)

フレイルの評価は「基本チェックリスト」^{※1}の総合点を用いて評価しました。No.1~No.25項目のうち総合点8点以上をフレイル、4点~7点をプレフレイルと判定します^{※3}。

基本チェックリスト ^{※1} 総合点	1点~3点	4点~7点	8点以上
評価	健康	プレフレイル	フレイル

※1 基本チェックリスト：(厚生労働省 http://www.mhlw.go.jp/topics/2007/03/dl/tp0313-1a-05_01.pdf)

大府市 後期高齢者低栄養予防のための大府市栄養・バトルロール 実践マニュアル



結果3 多機関連携

連携先機関・職種	平成27年度(n=50)		平成28年度(n=92)		平成29年度(n=240)	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
地域包括支援センター	10	20.0%	36	39.1%	28	11.7%
保健師(保健センター)	0	0.0%	0	0.0%	8	3.3%
総合計	10	20.0%	36	39.1%	36	15.0%

イベント項目	平成27年度(n=30)		平成28年度(n=58)		平成29年度(n=67)	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
入院	0	0.0%	3	3.3%	4	6.0%
要介護	0	0.0%	1	1.1%	2	3.0%
死亡	0	0.0%	1	1.1%	0	0.0%
総合計	0	0.0%	5	5.4%	6	9.0%

平成29年度は、栄養・バトルロール終了後に入院4人、死亡1人の確認がありました。

考察1:発見から支援まで出来る地域多機関連携

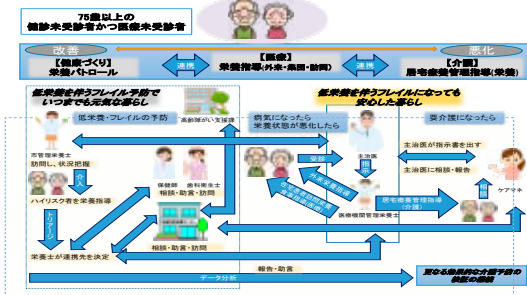
大府市在住高齢者の低栄養のおそれが高い市民は40%前後存在した。

低栄養はフレイルの要因の一つであることは多く論じられており、また、WHOの報告から転倒、介護、死亡の比率を高めると報告し、結果3の大府市栄養・バトルロール結果から一致する。管理栄養士だけで対応できない市民には、医療や介護及び生活に問題がある。未受診者を対象とする栄養・バトルロールでは、多機関連携の仕組みをつくる必要がある。

関係機関	職種	基準
医師会、歯科医師会	医師、歯科医師	専門的医療ケアが必要な人
保健センター	保健師	フレイルの人(基本チェックリスト8点以上)
保健センター	歯科衛生士	摂食嚥下に課題のある人
高齢者相談支援センター(地域包括支援センター)	保健師、主任ケアマネ、社会福祉士等	認知症などで生活に問題があると思われる人
栄養ケア・ステーション	管理栄養士	治療食など主治医の指示がある人

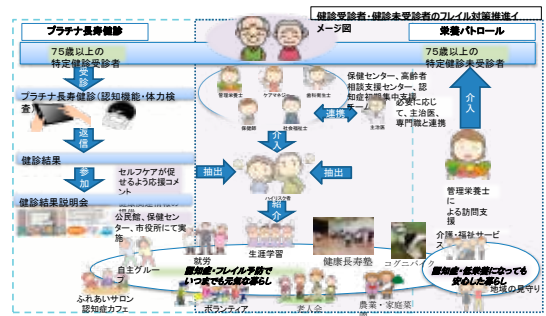
考察2:フレイルの重症化予防のための多機関管理栄養士連携

結果1と2から、訪問栄養士の介入によって改善する市民がいた。病院やクリニック、施設の栄養介入は、栄養改善をする報告を散見する。多機関に所属する管理栄養士との連携は、低栄養を改善し、フレイルの重症化予防になる可能性がある。



考察3:早期発見のための大府市の多事業連携

結果3から、医療受診の有無ではなく、低栄養が重症化している人ほど、入院、介護、死亡のリスクを高めた。市民の栄養状態を早期に把握できる事業は、重症化予防を示唆する。



宮崎県HP [概要版]いいき共生社会づくりプログラム

健康の社会的決定要因(SDH)

行動の三原則

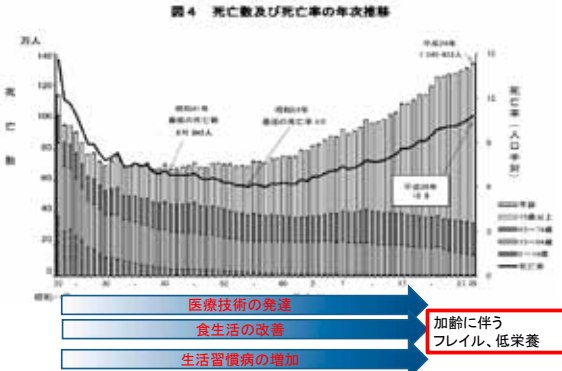
- ① 日常生活の状況、つまり人々が生まれ、成長し、生活して、働き、老いていく環境を改善する。
- ② 権限、資金、リソース、つまり日常生活状況を形成する構造的な推進力となるものの不公平な分配に、国際レベル、国家レベル、地域レベルでそれぞれ対処する。
- ③ 問題を測定し、対策を評価し、知識基盤を拡大し、健康の社会的要因についてよく訓練された労働力を開発し、健康の社会的要因について一般の人々の認識を向上させる。

① 日常生活の状況、つまり人々が生まれ、成長し、生活して、働き、老いていく環境あなたならどう改善しますか？

表1 人口動態概況

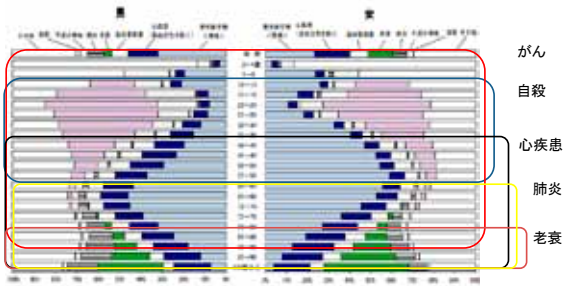
項目	2022年		2021年		2020年		2019年		2018年	
	人口	出生数	人口	出生数	人口	出生数	人口	出生数	人口	出生数
全県	1,349,888	919,919	1,349,888	919,919	1,349,888	919,919	1,349,888	919,919	1,349,888	919,919
大府市	1,349,888	919,919	1,349,888	919,919	1,349,888	919,919	1,349,888	919,919	1,349,888	919,919
...

国民の死亡と比率の年次推移の背景に、権限、資金、リソースの不公平な分配がないだろうか



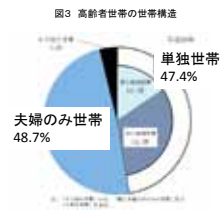
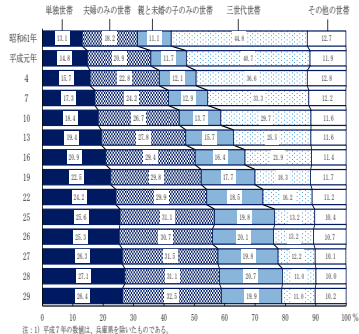
がん、自殺、心疾患、肺炎、老衰に対し、健康の社会的要因についてよく訓練された労働力のどんな開発と一般の人々の何の認識を向上させると、健康寿命は延びるのだろうか。

図7-1 性・年齢階級別にみた主な死因の構成割合（平成29年）



あなたは、高齢者のいる世帯の食卓から、その人の健康の社会的決定因子が見えますか

図2 65歳以上の者のいる世帯の世帯構造の年次推移



厚生労働省 平成29年 国民生活基礎調査の概況

健康の社会的決定因子の改善を目指す地域保健医療
日本の地域保健には、様々な法律等に基づく多様な施策が関連しています。図は地域保健に関わる主な法律と施策です。



厚生労働省 地域保健 <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/tiki/>

住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を目指す

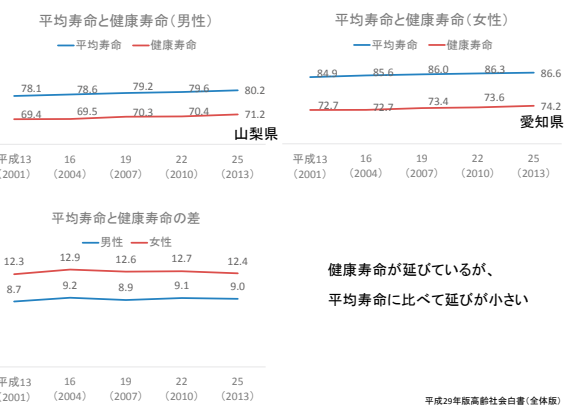


厚生労働省HP 『地域共生社会』の実現に向けて

健康

- 健康とは、病気ではないとか、弱っていないということではなく、**肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること**をいいます。(抜粋) WHO憲章 (日本WHO協会)
- 不健康な食事と身体活動の不足**は、世界的に最大の健康リスクである。(抜粋) WHOファクトシート No. 394 2015年9月 日本WHO協会
- 人々が必要とする質の高い保健医療サービスを**経済的困難にさらされることなく受けられること** (抜粋) ユニバーサル・ヘルズ・カバレッジ(UHC)に焦点を当てる:WHO 世界銀行グループ

平均寿命と健康寿命はともに伸びているが、差が縮まらない

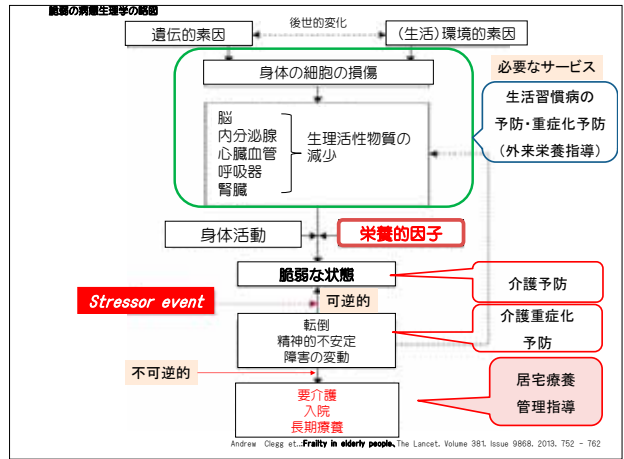


健康寿命が伸びているが、平均寿命に比べて伸びが小さい

平成29年版高齢社会白書(全体版)

お話の内容

- ① 栄養ケア・ステーションの仕事内容
- ② 「栄養パトロール」を基本は「地域保健医療」
- ③ 「地域保健医療」の分野で活躍する方法
- ④ 「地域保健医療」の課題を「栄養パトロール」を通じて学ぶ



特定健康診査・特定保健指導

特定健康診査・特定保健指導とは？
(対象年齢 40歳から75歳に達する人が対象)

A. 特定健康診査

① 健康診断 (100点満点) ② がん検診 (100点満点)

B. 特定保健指導

① 生活習慣病の予防 (100点満点) ② がん予防 (100点満点)

75歳以上は、後期高齢者医療広域連合による「健康診査」

愛知県HPより

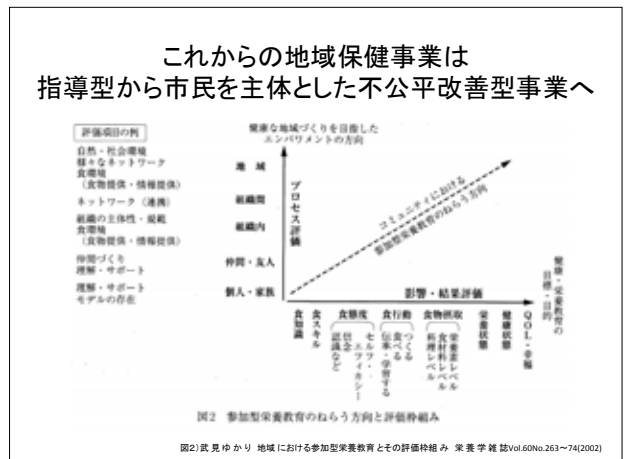
高齢期の疾病予防・介護予防等の推進

企業保険者等が有する個人の健康・医療情報を活用した行動変容促進事業

(参考)

事業者	事業名称	実施年度	対象人数	事業内容	効果
三菱東京UFJ銀行	健康増進プログラム	2015年度	22,878人	健康診断結果に基づき、生活習慣病のリスクを評価し、健康増進プログラムを提供する。	健康診断受診率向上、生活習慣病のリスク低下
セコム	健康診断結果に基づく健康増進プログラム	2015年度	10,000人	健康診断結果に基づき、生活習慣病のリスクを評価し、健康増進プログラムを提供する。	健康診断受診率向上、生活習慣病のリスク低下
アフラック	健康診断結果に基づく健康増進プログラム	2015年度	10,000人	健康診断結果に基づき、生活習慣病のリスクを評価し、健康増進プログラムを提供する。	健康診断受診率向上、生活習慣病のリスク低下
日本生命	健康診断結果に基づく健康増進プログラム	2015年度	10,000人	健康診断結果に基づき、生活習慣病のリスクを評価し、健康増進プログラムを提供する。	健康診断受診率向上、生活習慣病のリスク低下
海上生命	健康診断結果に基づく健康増進プログラム	2015年度	10,000人	健康診断結果に基づき、生活習慣病のリスクを評価し、健康増進プログラムを提供する。	健康診断受診率向上、生活習慣病のリスク低下
損保ジャパン	健康診断結果に基づく健康増進プログラム	2015年度	10,000人	健康診断結果に基づき、生活習慣病のリスクを評価し、健康増進プログラムを提供する。	健康診断受診率向上、生活習慣病のリスク低下
東京海上日動	健康診断結果に基づく健康増進プログラム	2015年度	10,000人	健康診断結果に基づき、生活習慣病のリスクを評価し、健康増進プログラムを提供する。	健康診断受診率向上、生活習慣病のリスク低下
日本共済	健康診断結果に基づく健康増進プログラム	2015年度	10,000人	健康診断結果に基づき、生活習慣病のリスクを評価し、健康増進プログラムを提供する。	健康診断受診率向上、生活習慣病のリスク低下
東京海上日動	健康診断結果に基づく健康増進プログラム	2015年度	10,000人	健康診断結果に基づき、生活習慣病のリスクを評価し、健康増進プログラムを提供する。	健康診断受診率向上、生活習慣病のリスク低下
損保ジャパン	健康診断結果に基づく健康増進プログラム	2015年度	10,000人	健康診断結果に基づき、生活習慣病のリスクを評価し、健康増進プログラムを提供する。	健康診断受診率向上、生活習慣病のリスク低下

第7回未来投資会議 経済産業省 生活者の暮らしを豊かにするための医療・介護に関する取組



地域が抱える課題抽出

厚生労働省のデータヘルス改革の全体像

ICT活用を促した「各々人に最適な健康情報・診断・ケア」の提供が、健康・医療・介護のビッグデータを連結した「保健医療データプラットフォーム」の2020年度基本情報整備により、国院が、世界最高水準の保健医療サービスで、効率的に受けられる環境を構築。

データヘルス改革の方向性

- 1 ツムム連携・A I等の最先端技術やビッグデータの活用、ICTインフラの整備などを戦略的、一体的に実施。
- 2 臨床現場での活用 がんゲノム医療の実現、保健医療分野のA Iの研究開発化、遠隔診断・介護ロボット、ビッグデータの活用 ビッグデータを活用した医療現場の強化、科学的介護の実現
- 3 ICTインフラの整備 保健医療分野のデータ利活用基盤の構築

● 本年1月、国内に「データヘルス改革推進本部」を立ち上げ、「改革工程表」に沿って、積極的に対応、推進。

データヘルス改革推進本部

● 本部長：厚生労働大臣
● ICTの専門家が顧問として参画。
● 官民連携、官民連携を推進する。

● 事務局：健康増進局、医務行政局、医務政策課

● 事務局：健康増進局、医務行政局、医務政策課

● 事務局：健康増進局、医務行政局、医務政策課

● 事務局：健康増進局、医務行政局、医務政策課

第7回未来投資会議 データヘルス改革 2017年4月14日塩崎厚生労働大臣 配布資料

地域が抱える課題抽出

行政が持つ主なビッグデータ

政府の持つ統計データベース「e-Stat」
・エクセルファイルやCSVファイルの抽出可能
「虚血性心疾患」で検索

お話の内容

- ① 栄養ケア・ステーションの仕事内容
- ② 「栄養パトロール」を基本は「地域保健医療」
- ③ 「地域保健医療」の分野で活躍する方法
- ④ 「地域保健医療」の課題を「栄養パトロール」を通じて学ぶ

地域保健の課題のための活動方法

プライマリヘルスケア (Primary Health Care、略称:PHC)

理念は、すべての人にとって健康を基本的人権として認め、その達成の過程において住民の主体的な参加や自己決定権の保障、そのために地域住民を主体とし、人々の最も重要なニーズに応え、問題を住民自らの力で総合的かつ平等に解決していく方法論・アプローチでもある。

5つの原則

1. 住民のニーズに基づく方策
2. 地域資源の有効活用
3. 住民参加
4. 他のセクター（農業、教育、通信、建設、水など）との協調、統合
5. 適正技術の使用

8つの活動項目

1. 健康教育（ヘルス・プロモーション）
2. 食料確保と適切な栄養
3. 安全な飲み水と基本的な環境衛生
4. 母子保健（家族計画を含む）
5. 主要な感染症への予防接種
6. 地方風土病への対策
7. 簡単な病気や怪我の治療
8. 必須医薬品の供給

※ アルマ・アタ宣言以降、HIV/エイズ、女性の健康（リプロダクティブ・ヘルス）、メンタルヘルス、障害者の健康などがPHCの重点項目として追加される場合もある。

地域保健の課題のための活動例

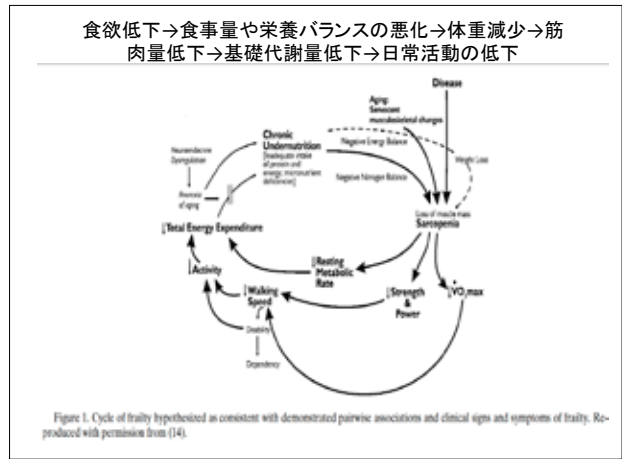
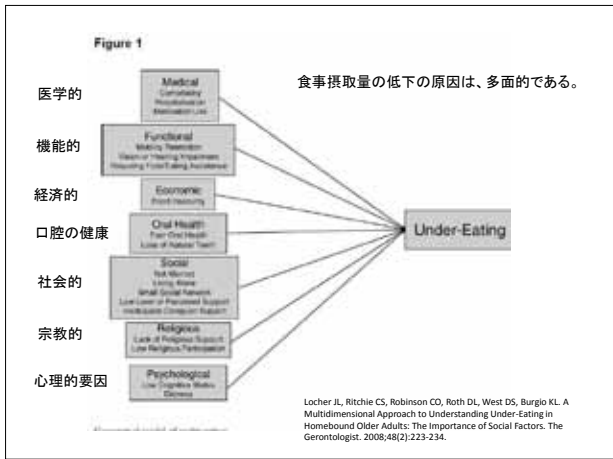
低栄養フレイル重症化予防のための栄養パトロール
(三重県津市と愛知県大府市の愛称は共に栄養パトロール)

栄養パトロールの活動内容

スクリーニング

調査

フィードバック

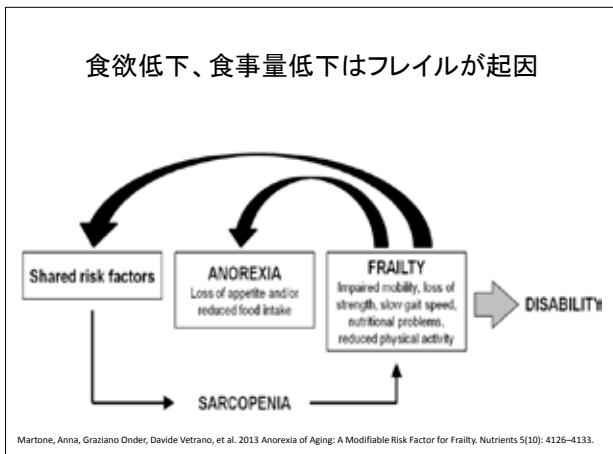
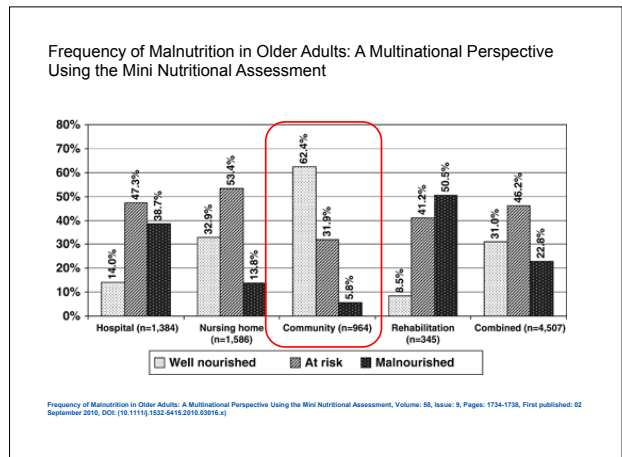


地域在住高齢者のフレイル 4.0%～59.1%

Table 1. Prevalence of Frailty and Pre-frailty in Community-Dwelling Elderly Adults

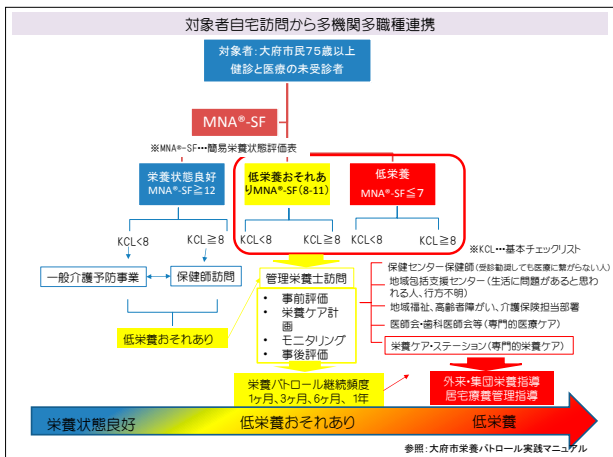
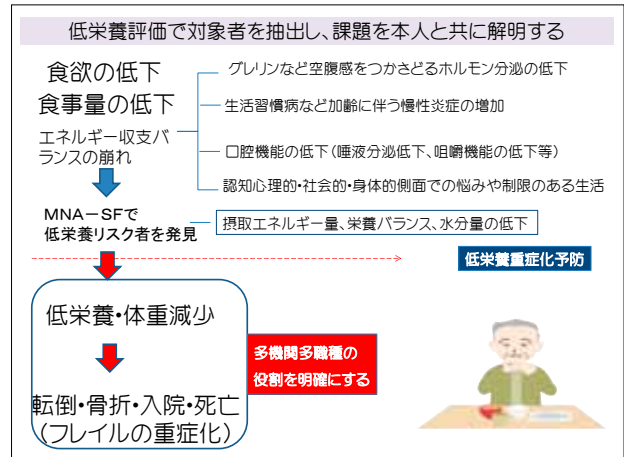
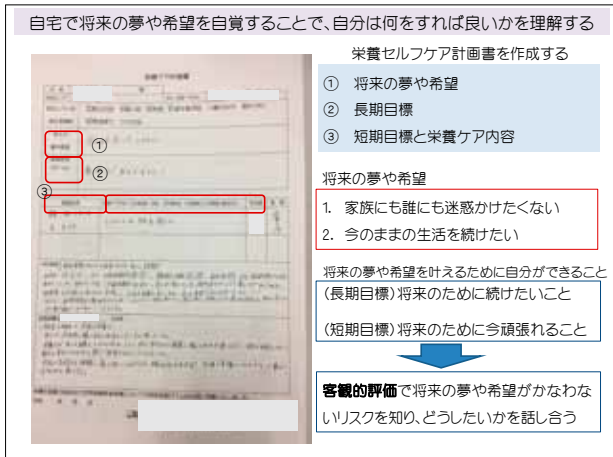
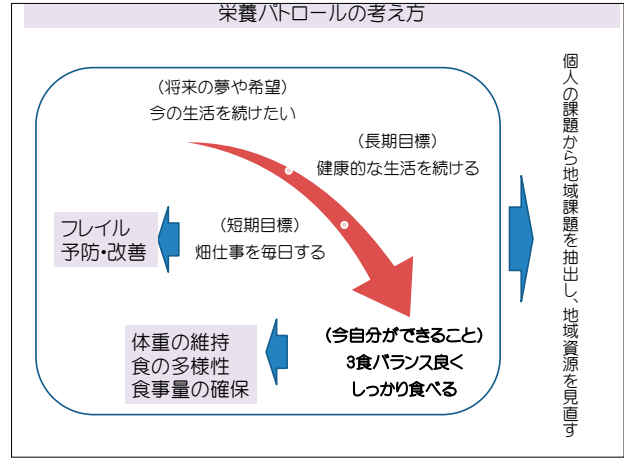
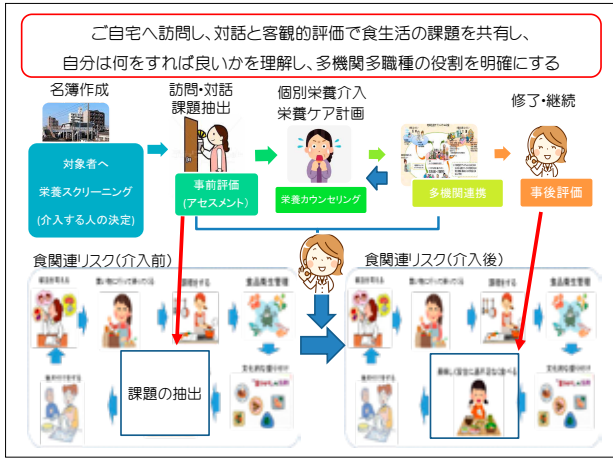
Author ^a	Year	Study Group	Country	N	Female, %	Data Stratified According to Age	Data Stratified According to Sex	Frailty Definition	Pre-frailty	Frailty	Prevalence, %
Strawbridge et al. ¹	1998	Alameda County Study	United States	574	57	Yes	Yes	Problems in ≥ 2 functional domains (physical, nutritive, cognitive, and sensory)		25.1	
Fried et al. ²	2001	Cardiovascular Health Study	United States	5,217	58	Yes	Yes	FFI		46.6	6.9
Gutman et al. ³	2001	Canadian Study of Health and Aging	Canada	8,914	80	No	Yes	Frailty Scale		27.7	5.3
Sie et al. ⁴	2006	Invecchiare in Chianti	Italy	827	54	No	No	FFI		37.8	6.5
Quillon et al. ⁵	2007	Observational Fracture in Men Study	United States	5,983	0	No	Yes	FFI		40.3	4.0
Arib-Ahmed et al. ⁶	2008	Three-City Study	France	6,078	61	No	Yes	FFI		47.6	7.0
Blyth et al. ⁷	2008	Concord Health and Aging in Men Project	Australia	1,705	0	No	No	FFI		40.6	9.4

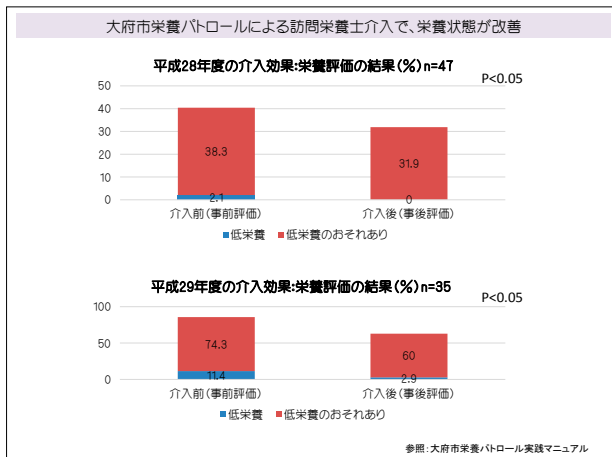
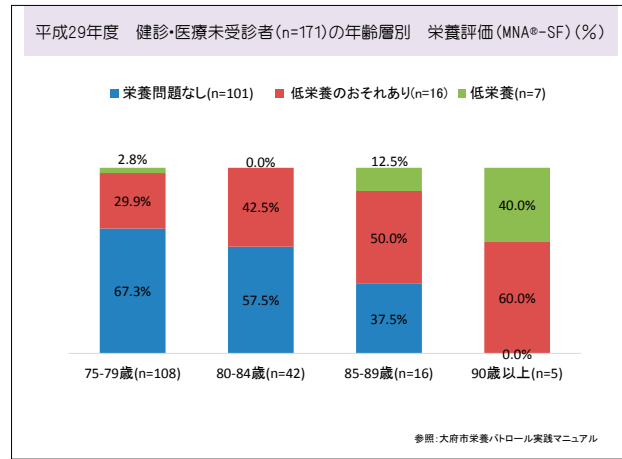
Collard, Rose M., Han Boter, Robert A. Schoevers & Richard C. Oude Voshaar. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society* 60, no. 8 (2012): 1487-1492.



食べる意欲や食事のバランスを整える能力(エンパワーメント)を高めるための栄養介入は、世界的にも殆どない。

Brandstetter Susanne, Rüter Jana, Curbach Janina, and Löss Julika
2015 A systematic review on empowerment for healthy nutrition in health promotion. *Public Health Nutrition* 18(17): 3146-3154.





平成28年度 栄養パトロールに関する参加者の感想

おしゃべりができて嬉しい。続けて欲しい。
たまに来てくれると良い。毎月でなくても良い。
わかたないけど、特になし。自分の生活を否定されなかったから、楽しかった。行政だと守秘義務もあって、何でも話せる。
一人暮らしの人は孤独だから、訪問だけではなく同じような年代の人、共通の話題や趣味や音楽なども話せるのかもしれないと思う。誰かと話すということは元々の喜び。みんなさみしいのだから、人は文字通り喜ぶとある。

楽しい。毎日してほしい。話ができるから。
楽しみだった。でも、1軒1軒まわるのはとても大変で苦労したと思う。
楽しみだった。食べるだけでも、めったに人の訪問がないので、最初はまだ来るのかメンドクサイなあと。今はなんとも思っていない。ありがたいと思う。
私は人が来るのが好きだから来てくれるのはうれしい。どんどん広げてもっとよかったらいいと思う。
私は独り暮らしで、病院も通っている。民生委員さんも1回/月来るから別に必要ない。でも困ったら電話できる所があるのはいいと思う。
若い人が老人の家を1軒1軒訪問していると財政大丈夫かと不安になる。楽しかった。
来てくれると安心する
来てくれるのを楽しみにしている

楽しい、楽しみだった。
否定されなかったから、楽しかった。
話が出来てよかった。
来てくれると安心する。
食べても良いことがわかった。
健康になった

毎月でなくても良い
↓見直し↓

平成29年度モニタリング訪問は、
**栄養状態に問題がなければ、
3回から1回へ変更した。**

(提案) 栄養パトロールによる知的レベルの教育的支援へ可能性はあるが、行動変容を伴うには、多面的な関わりが必要である。

(課題1) 食べられない原因が加齢と共に増えている
低栄養や低栄養のおそれがある健診・医療未受診者は、年齢が上がるほどに増える。
食べられない原因を多面的にとらえるため、多機関での栄養評価課題抽出が必要

(課題2) 買物や調理技術への不安が無い人は、6割程度であった。
しかし、電子レンジを使える人8割以上、調理道具がある人は9割以上。
電子レンジを使える人や自宅の調理道具を使った火や包丁を使わない調理指導の必要性あり。
買物にいけないときの対策を、多機関の現行サービスから検討できないか。

(課題3) 義歯があっている人が4割だった。片付けを「しない」人が2割以上いる。
義歯不具合の要因を、多面的に捕らえる。歯科・歯科衛生士との連携の必要性あり。
片付けを「しない」人の要因を多面的に捕らえ、「しない」から「する」意欲を引き出す。

栄養パトロールの事例

低栄養リスク評価

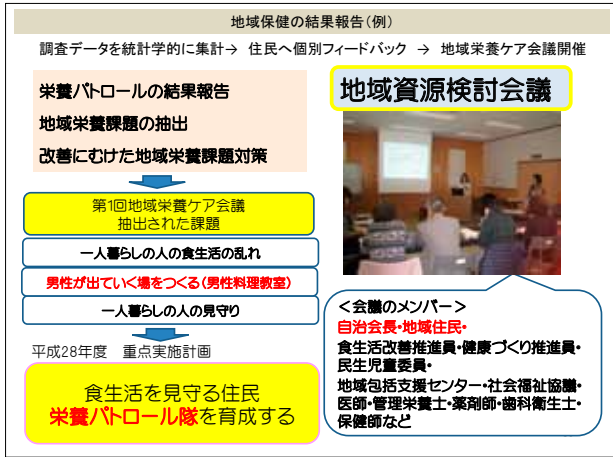
- ◆ 1人暮らしで、離れて暮らし子供たちが来てくれないと孤独を感じていた。
- ◆ 体調を崩し、夏たきりを発見。2週間で4kgの体重減少を確認し、原因を1日/1個で2週間経過したためと評価。医療受診は家族に迷惑をかけるかと頑なに拒否。

栄養介入

- ✓ 冷蔵庫にあるもので、簡単に食べられるものを準備しアドバイス。
- ✓ 緊急的に市販のゼリー飲料とバナナなど食べられるものを家族に手紙を書いた。
- ✓ 地域包括支援センターに連携し、直ぐに介護を受けられるよう体制づくりをした。
- ✓ 家族に1日必要量が不足と伝え、受診勧奨をアドバイス
- ✓ 主治医に栄養状態をお伝えし、緊急的に栄養剤を処方

栄養介入の効果

- 子どもたちが低栄養のおそれがあることを理解し、毎週一緒に買物に行くようになった。
- 何を食べたらよいかを、本人、家族、多機関と共有し、適宜アドバイスができる環境ができた。



5. 上越地区～医師会経由で毎月発行「にこにこ通信」

【資料No.7】

栄養ケア・ステーションからこんにちは！

にこにこ通信



Vol.04

発行/2019年3月27日 発行者/(公社)新潟県栄養士会上越支部 上越栄養ケアステーション

訪問栄養指導 対応事例

これまでは、訪問栄養指導の概要について発信してきました。
Vol.4では、実際の訪問栄養指導事例をご紹介します。

- 事 例 : A様 83歳 女性 要介護2(週2回デイサービス利用中)
- A D L : 立ち上がりや立位保持が不安定で、ポータブルトイレ軽介助レベル
- 疾患名: 誤嚥性肺炎 糖尿病 脳梗塞後遺症
- 身体状況 : 身長 154cm 体重 47kg BMI 19.8cm
- 栄養評価 : 血清アルブミン値: 3.0g/dl 下腿周径: 27.3cm MNA-SF: 5点
- 家族構成 : A様、長男夫婦 (キーパーソン: 長男の妻)



かかりつけ医

お粥を少量食べる程度で栄養量が不足しているため、家族に対して食事内容やミキサー食の作り方を指導してほしい。



長男の妻

食事が上手に作れない...
作っても食べてくれないし...

嫌いなものを出されても食べられないわ。



A様

訪問時に管理栄養士がアドバイスした内容



ポイント

- ・食事を摂取する体力が低下していたため、好きな物(南瓜や大根の煮物)からでも、まずは食べてもらう。
- ・ミキサー食や、適切なトロミの付け方(調理指導)。
- ・市販品のアレンジ方法など。
- ・デイサービスと情報共有し、口腔ケアや嚥下体操の実施、食事摂取量や体重測定に依頼をした。



デイサービス



担当管理栄養士

最初は約500kcalの摂取量でした。
今は食欲が回復して約1000kcal
摂取できるようになりました。
体力もついてきましたね。

食欲が出てきました。
介助がなくてもポータブルトイレ
を使えるようになったわ。

食事作りのストレスがなくなりました。
食べてくれるようになって嬉しい。



訪問栄養指導は、家庭での食事実態を把握でき、支援をしながら相談を受けられるという利点があります。ご利用に関するご相談は、下記までご連絡ください

【問い合わせ先】

新潟県栄養士会上越支部 上越地域栄養ケアステーション

(上越地域在宅医療推進センター内) TEL 025-520-7500 / FAX 025-520-8686

6. 上越地区作成嚙下調整食一覧 施設別ブック

【資料No.8】

学会分類 コード*	食形態例 (副食)	名称例 (副食)	食形態	提供 有無	施設 嚙下調整食写真	施設 食種名称	備考欄
1j べたつき 粒やかす全くなし		ゼリー食 嚙下開始食	均質で、べたつきなどない ゼリー・プリン・ムース。	有 無		その他食 (*個別対応)	ブリックゼリー(明治)、ソフトアガローゼ(キッ セイ薬品)使用。食種名はなく、コードj相当の食品 を、個別に組み合わせて提供はしている。
	2-1 粒やかすなし かまなくてよい	ミキサー食 ペースト食 (*ゲル化・とろみ調整必須)	ミキサーを使用し、粒が残らず なめらかに均一な状態。ゲル化 剤・とろみ剤でまとめたもの。	有 無		開始食 ミキサー食	トロメイクコンパクト(明治)使用。 開始食は、j相当ゼリー・ミキサー食1品のみの提 供。ミキサー食は、主菜・副菜など一식의献立あ り。
2-2 若干の残渣あり (粥粒程度)	フードプロセッサーやミキサー 等を使用したもので、若干の粒 が残った状態。ゲル化剤・とろ み剤でまとめたもの。		有 無			ミキサー食にて対応。	
3 曲くきでも 噛める		ムース食 (*ゲル化調整)	フードプロセッサーやミキサー 等を使用したものをゲル化剤で 固めたもの。舌や口蓋で押しつ ぶせる程度の硬さ。	有 無			*2018年度より、提供予定。 *やさしい素材シリーズ(マルハニチロ)製品など。
	4 容易に 噛める		きざみ食 やわらか食 軟菜食	軟らかく調理したものを、きざ み〜そのままの形態(*いづれ の形態も) <u>バラつきや、多量 の湯水がないよう配慮したも の。</u>	有 無		きざみ食 +とろみだし
		1~1.5cm程度の大きさにカット。 魚は、素材deソフト(マルハニチロ)使用。 肉は、ひき肉orやさしい素材シリーズ(マルハニチ ロ)を使用。		有 無		ソフト食	
		3分粥食、5分粥食		有 無		3分粥食、5分粥食	煮る、蒸す、茹でる調理方法が基本。繊維質の硬い 食品(海藻、きのこ、コボウなど)提供しない。

中越NST摂食嚙下調整食調査表【初版】

学会分類 コード*	食形態例 (主食)	名称例 (主食)	食形態	提供 有無	施設 主食写真	施設 主食名称	備考欄
*上記名称は、あくまで一例です。「学会分類2013」及び、食形態(写真例)を参考に分類してください。							
*各コード別に、真施設にて提供「有」の食種について、左の写真を参考に挿入し、施設での食種名称をご記入ください。							
*各食種で主に使用するゲル化剤、とろみ剤、既製品ゼリー、ムース等の製品名をご記入ください。							
1j/2-1 べたつき 粒やかす全くなし		ゼリー粥 (*ゲル化調整)	ミキサーを使用したもの。 粒が残らずなめらかに均一な状 態で、ゲル化剤を混ぜ、ゼリー 状にした粥。	有 無		ミキサー粥	スベラカーゼ(フードケア)使用。1.5%濃度で調整。
2-1 粒やかすなし かまなくてよい		ミキサー粥 ペースト粥 (*ゲル化・とろみ調整必須)	ミキサーを使用したもの。 粒が残らずなめらかに均一な状 態。離水や粘度、付着性に配慮 した粥。	有 無			ミキサー粥を代用。
2-2 若干の残渣あり			フードプロセッサーやミキサー 等を使用したもので、若干の 粒が残った状態。離水や粘度、 付着性に配慮した粥。	有 無			
3 曲くきでも 噛める		とろみ粥 (*ゲル化剤・とろみ調整必須)	全粥に離水防止のゲル化剤を混 ぜたもの。	有 無		とろみ粥	トロメイクコンパクト(明治)使用。
	4 容易に 噛める		全粥 やわらかご飯 軟飯	米重量に対し5倍の水分量(また は、米重量の2倍の水分量で放 いた粥。粒が残っている不均一 な状態。	有 無		全粥
		水分量をやや多めに、軟らかく 炊いたご飯。		有 無			
*上記名称は、あくまで一例です。「学会分類2013」及び、食形態(写真例)を参考に分類してください。							
*各コード別に、真施設にて提供「有」の主食について、左の写真を参考に挿入し、施設での食種名称をご記入ください。							
*各主食で主に使用するゲル化剤、とろみ剤、既製品粥などの製品名をご記入ください。							

中越NST摂食嚙下調整食調査表【初版】

7. 新潟市医師会在宅訪問栄養食事指導の依頼方法と書式

【資料No.9】

訪問栄養食事指導の
ご案内

新潟県栄養士会では、平成24年度から県内各地で訪問栄養食事指導の普及、利用促進に取り組んで参りました。

このたび新潟市でも訪問栄養食事指導をこれまで以上にご活用いただきたく、新潟市医師会と連携させていただき運びとなりました。

下記の通り概要をお知らせいたしますので、ぜひ訪問栄養食事指導をご活用ください。

ご利用に当たって

【雇用契約と費用について】

● 1件 4500円（交通費込）

（時間給@1500円、事前準備・訪問指導・事後処理に各1時間の計3時間）

* 担当管理栄養士と医療機関は雇用契約（非常勤でも可）を結ぶ必要があります

* 雇用契約期間は原則1年で、更新は双方の合意によることとします

* 訪問栄養指導終了後、医療機関は上記を管理栄養士に支給してください

【保険適応、対象疾患等】

● 要介護認定を受けている方は、介護保険 居宅療養管理指導が優先となります（注1）

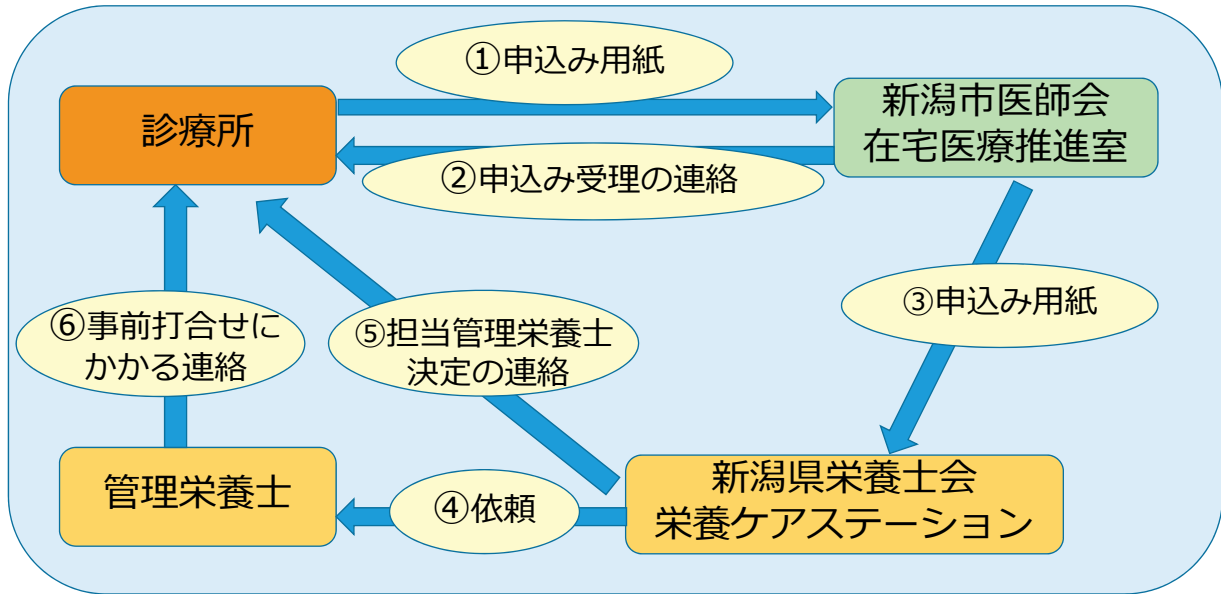
● 対象疾患等は下記の通りです

保険種別	介護保険	医療保険
名称	管理栄養士による居宅療養管理指導 *注1 同一建物居住者以外533単位 同一建物居住者 452単位	在宅患者訪問栄養食事指導料 同一建物居住者以外530点 同一建物居住者 450点
対象者	通院が困難で、診療所医師が訪問診療等を行っている患者のうち厚生労働大臣が別に定める特別食を提供する必要性を認めたもの	
対象疾患	<ul style="list-style-type: none"> 腎臓病食 肝臓病食 糖尿病食 胃潰瘍食 貧血食 膵臓病食 脂質異常症食 痛風食 心臓疾患などに対する減塩食 特別な場合の検査食 (単なる流動食及軟食は除く) 十二指腸潰瘍に対する潰瘍食 	<ul style="list-style-type: none"> クローン病及潰瘍性大腸炎による腸管機能の低下に対する低残渣食 高度肥満に対する治療食 高血圧に対する減塩食 (食塩6g以下)
指導場所	経管栄養のための流動食・嚥下困難食 (そのために摂食不良となったものも含む) のための流動食・低栄養状態 患者（利用者）自宅	

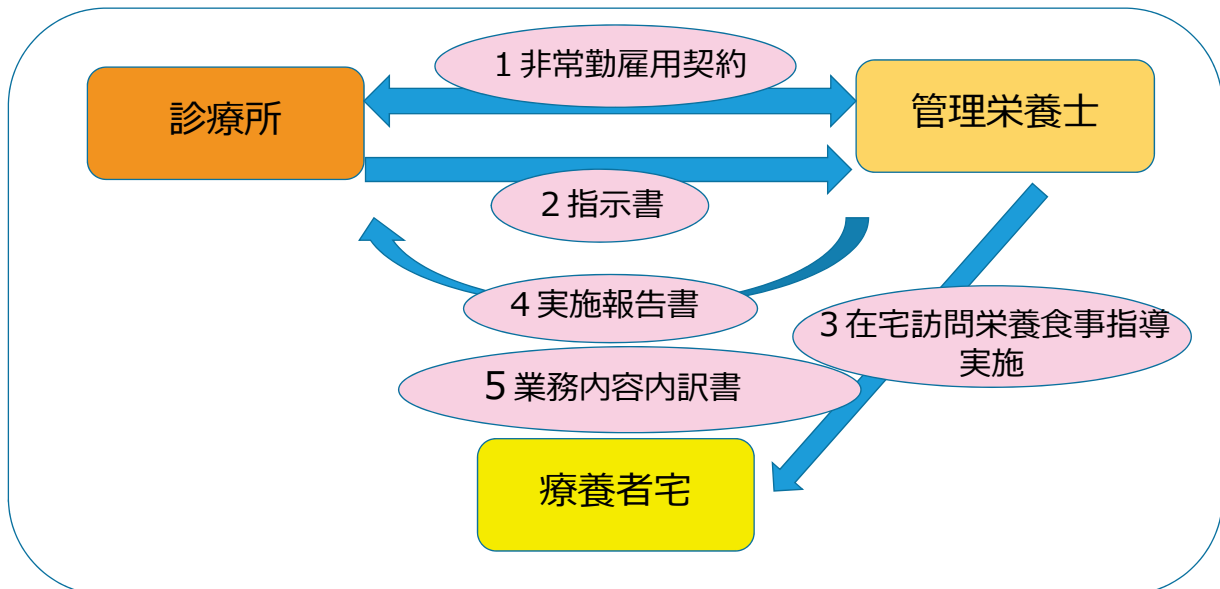
お問い合わせ先
新潟県栄養士会栄養ケアステーション
代表受付番号TEL:025-226-2411
FAX:025-224-0510

ご利用の流れ

【管理栄養士への依頼方法】



【管理栄養士紹介～訪問指導実施まで】



お問い合わせ先
 新潟県栄養士会栄養ケアステーション
 代表受付番号TEL:025-226-2411
 FAX:025-224-0510

訪問栄養食事指導のご案内



新潟県栄養士会では、平成24年度から県内各地で訪問栄養食事指導の普及、利用促進に取り組んで参りました。

このたび新潟市でも訪問栄養食事指導をこれまで以上にご活用いただきたく、新潟市医師会と連携させていただき運びとなりました。

下記の通り概要をお知らせいたしますので、ぜひ訪問栄養食事指導をご活用ください。

ご利用に当たって

【雇用契約と費用について】

● 1件 4500円（交通費込）

（時間給@1500円、事前準備・訪問指導・事後処理に各1時間の計3時間）

- * 担当管理栄養士と医療機関は雇用契約（非常勤でも可）を結ぶ必要があります
- * 雇用契約期間は原則1年で、更新は双方の合意によることとします
- * 訪問栄養指導終了後、医療機関は上記を管理栄養士に支給してください

【保険適応、対象疾患等】

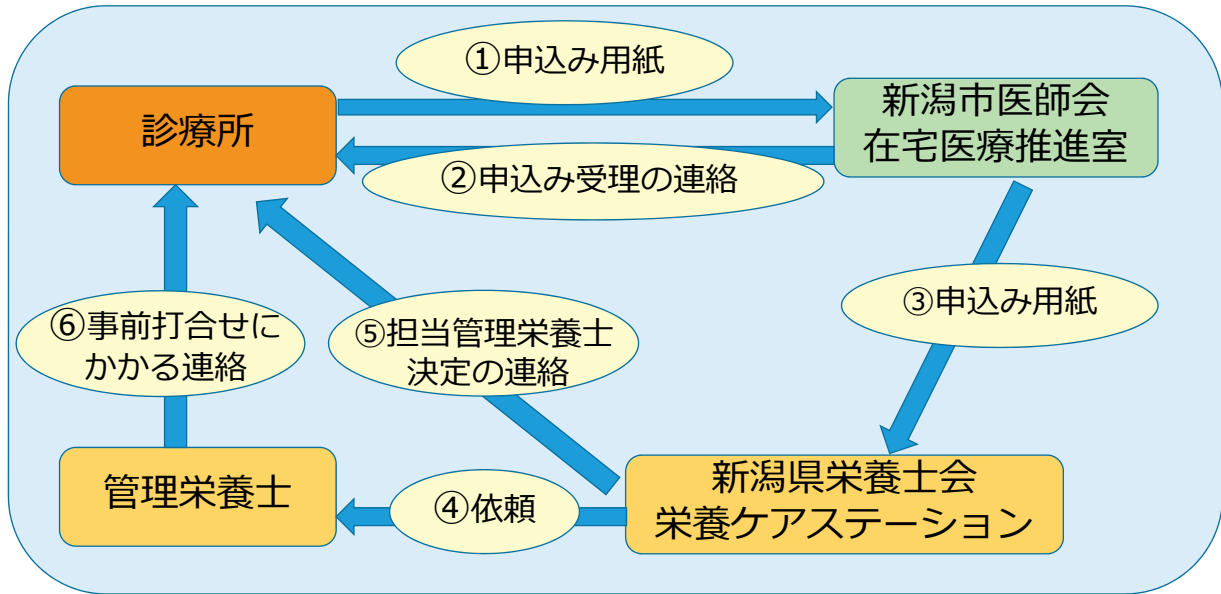
- 要介護認定を受けている方は、介護保険 居宅療養管理指導が優先となります（注1）
- 対象疾患等は下記の通りです

保険種別	介護保険	医療保険
名称	管理栄養士による居宅療養管理指導 *注1 同一建物居住者以外533単位 同一建物居住者 452単位	在宅患者訪問栄養食事指導料 同一建物居住者以外530点 同一建物居住者 450点
対象者	通院が困難で、診療所医師が訪問診療等を行っている患者のうち厚生労働大臣が別に定める特別食を提供する必要性を認めたもの	
対象疾患	<ul style="list-style-type: none"> 腎臓病食 肝臓病食 糖尿病食 胃潰瘍食 貧血食 膵臓病食 脂質異常症食 痛風食 心臓疾患などに対する減塩食 特別な場合の検査食 (単なる流動食及軟食は除く) 十二指腸潰瘍に対する潰瘍食 	<ul style="list-style-type: none"> クローン病及潰瘍性大腸炎による腸管機能の低下に対する低残渣食 高度肥満に対する治療食 高血圧に対する減塩食 (食塩6g以下)
指導場所	経管栄養のための流動食・嚥下困難食 (そのために摂食不良となったものも含む) のための流動食・低栄養状態 患者（利用者）自宅	
		<ul style="list-style-type: none"> フェニルケトン尿症 楓糖尿病食 ホモシスチジン尿症食 ガラクトース血症食 摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者 治療乳 無菌食 がん患者

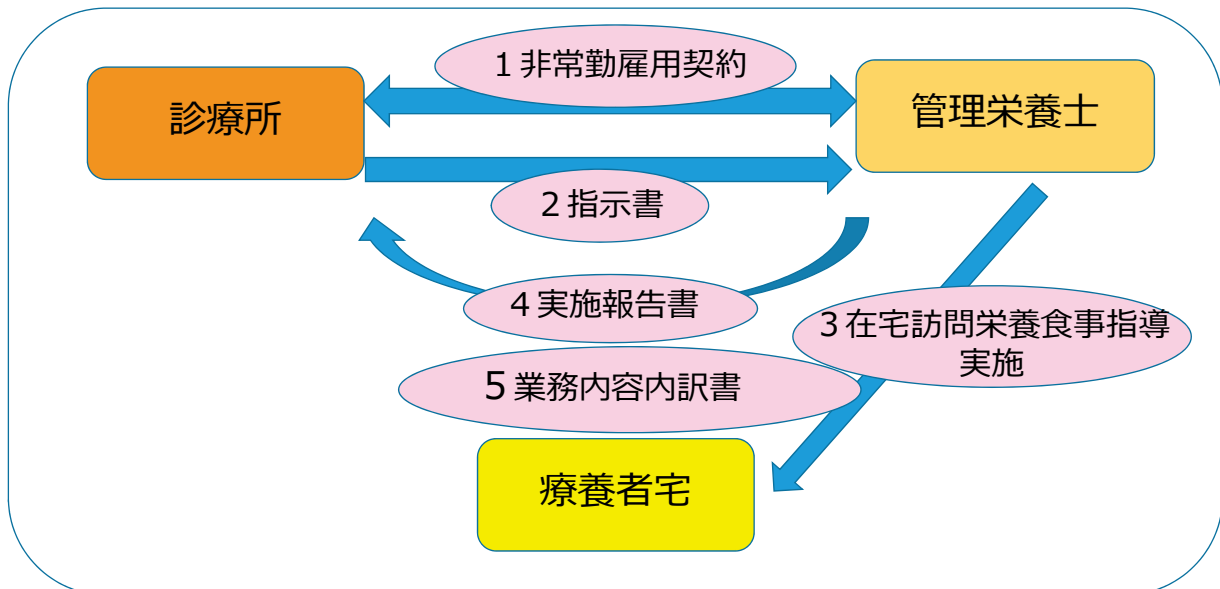
お問い合わせ先
新潟県栄養士会栄養ケアステーション
代表受付番号TEL:025-226-2411
FAX:025-224-0510

ご利用の流れ

【管理栄養士への依頼方法】



【管理栄養士紹介～訪問指導実施まで】



お問い合わせ先
 新潟県栄養士会栄養ケアステーション
 代表受付番号TEL:025-226-2411
 FAX:025-224-0510

① 申込み用紙

医療機関 ⇒ 新潟市医師会在宅医療推進室 ⇒ 栄養士会

受付番号：
(月 日) 受付
新潟市医師会在宅医療推進室記入欄

新潟市 在宅訪問栄養食事指導申込書

平成 年 月 日

依頼先：新潟市医師会在宅医療推進室

連絡先：☎ 025-240-4135

FAX 025-247-8856

新潟市 在宅訪問栄養食事指導を次のとおり申込みます。

記

1. 希望医療機関

医療機関名：
主治医名：
住 所：
☎
FAX

2. 先生との連絡可能日時

① (月・火・水・木・金・土) 曜日 () 時ころ

② FAX やメールで連絡してほしい

(アドレス)

3. その他特記事項

*担当管理栄養士が決定いたしましたら、栄養士会から、お申込みのあった医療機関へ、
受領兼管理栄養士決定報告書を FAX 送信し、お知らせします。

平成 年 月 日

②申し込み受理の連絡（在宅推進室⇒診療所）

「在宅訪問栄養食事指導申込書」
受領いたしました

診療所名

先生

担当する管理栄養士が決まり次第、
新潟県栄養士会からFAXでご連絡いたします。

新潟市医師会在宅医療推進室

TEL：240-4135

FAX：247-8856

⑤担当管理栄養士決定の連絡（栄養ケアステーション⇒診療所）

新潟市 在宅訪問栄養食事指導申込受領兼管理栄養士決定報告書

年 月 日

〇〇医院 御中
(FAX 〇〇-〇〇-〇〇)

新潟県栄養士会栄養ケアステーション
(FAX 025-224-0510 窓口担当 〇〇)

上記で申込みのありました在宅訪問栄養食事指導について、担当管理栄養士が以下の通り決定いたしましたので、ご報告いたします。なお、訪問日程や内容等の詳細につきましては、担当管理栄養士と連絡・調整をお願いいたします。

記

1. 管理栄養士氏名及び連絡先

氏名
住所
☎
FAX

2. その他

--

※お申込みありがとうございます。

追って栄養指導指示箋・契約書・管理栄養士登録証の写し・履歴書は担当管理栄養士が持参いたします。指導内容等詳細についての打合せの日時につきましては、調整のご連絡を担当管理栄養士があらためてさせていただきますのでよろしくお願いいたします。

1 非常勤雇用契約①（診療所⇔登録管理栄養士）

非常勤在宅訪問栄養ケア担当管理栄養士雇用契約書

医療機関_____（以下、甲という）は、患者に対する在宅患者訪問栄養食事指導、居宅療養管理指導につきこれら業務の実施に関し、管理栄養士たる_____（以下、乙という）と雇用契約を締結する。

（本契約の目的）

第1条 甲がその患者に対して行う、在宅患者訪問栄養食事指導、および、居宅療養管理指導としての栄養食事指導（以下、在宅訪問栄養ケアという。）にかかる職務を、乙が、非常勤の有期雇用の職員として担当するうえで必要な事項を定めることをもって本契約の目的とする。

（標準就業条件）

第2条 乙の従事する職務は次の各号に掲げるものとする。

- （1）医療保険適用の在宅患者訪問栄養食事指導として行う在宅訪問栄養ケア
 - （2）介護保険適用の居宅療養管理指導として行う在宅訪問栄養ケア
 - （3）（1）、（2）に付随して発生する連絡、記録、報告書作成およびこれらにかかる事務
- 2 乙は、甲の指定する日に、甲の指定する時間、前項の職務に就く。
- 3 乙には、月末〆翌月〇〇日払いで、別に定める標準時給に基づき計算して支払う。

（指示書）

第3条 乙は甲から交付される訪問栄養指導指示書にしたがって第2条第1項の職務を行う。

（執務規律の遵守）

第4条 乙は、第2条第1項の職務を甲の就業規則に定める執務規律を遵守して行う。

（秘密保持）

第5条 乙は、第2条第1項の職務に関連して知り得た甲の患者情報、甲の運営に関する情報を甲の承諾なしに第三者に漏らしてはならない。

2 前項の定めは、契約終了後においても効力を有する。

（個人情報保護）

第6条 乙は、第2条第1項の職務を実施するにあたり、甲の個人情報の保護に関する方

7. 資料編

針等の遵守に努め、個人情報을適正に取り扱わなければならない。

(損害賠償)

第7条 甲及び乙は、第2条第1項の職務に関連して、相手方の責めに帰すべき事由により損害を被った場合には、その賠償を請求することができる。

(契約期間)

第8条 この契約は有期雇用としその期間は、 年 月 日迄とする。ただし、契約期間満了1ヶ月前までに甲または乙のいずれからも契約終了の意思表示がないときは、1年間更新するものとし、以後も同様とする。

2 前項の定めにかかわらず、契約の更新は4回までとする。

(裁判管轄)

第9条 この契約に関する一切の争訟は、新潟地方裁判所を第一審の専属管轄裁判所とする。

(協議)

第10条 この契約内容に定めのない事項及び疑義を生じた場合は甲乙協議の上、解決に当たるものとする。

この契約締結の証として本書2通を作成し、甲乙が記名捺印の上各々その1通を保有する。

年 月 日

(甲) 住 所
医療機関名
代表者名 ⑩

(乙) 住 所
氏 名 ⑩

1 非常勤雇用契約②

在宅訪問栄養ケア就業条件確認書

<p>_____ 殿 年 月 日</p> <p>医療機関名・所在地</p> <p>使用者職 氏名 印</p>	
契約有効期日	年 月 日～1年間但し、特に事情が無い場合は継続する (勤務日の詳細については別紙報告書による)
従事業務	「在宅栄養ケア」業務、報告書作成業務、指導媒体作成業務
給与・手当	時給 円 (例～1件当たり3時間を要す。1500円×3時間＝4500円)
就業規則	診療所の常勤職員の就業規則に準ずる
その他	時給の中には事前準備に1時間、訪問時間に1時間、事後処理の作業に1時間をみた金額を例として提示。

上記の就業条件を確認し、内容について承諾いたしました。

管理栄養士氏名 _____

印

7. 資料編

2 指示書（診療所⇒登録管理栄養士）

在宅訪問栄養食事指導指示箋

指示日 年 月 日

フリガナ 対象者氏名	様(男・女)	生年月日：T・S・H	年齢：
世帯主氏名		年 月 日	歳
住所	〒	☎ ()	
*不在時連絡先：			

適応保険	<input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 介護保険（介護申請されている方は介護保険優先です）
訪問栄養食事指導が必要な理由	

【治療状況と栄養食事指導指示内容】

栄養食事指導対象の疾患名	<input type="checkbox"/> 糖尿病（インスリン・経口薬・投薬なし） <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
栄養量の指示	<input type="checkbox"/> 病態に対し適正な栄養量を管理栄養士が算出すること （対象者の身長・体重） （ cm ・ kg）	<input type="checkbox"/> エネルギー kcal <input type="checkbox"/> たんぱく質 g <input type="checkbox"/> 脂質 g <input type="checkbox"/> 塩分 g <input type="checkbox"/> 水分 ml	
依頼事項	<input type="checkbox"/> 食事アセスメント <input type="checkbox"/> ヘルパーと協働で指導 <input type="checkbox"/> 生活習慣の見直し <input type="checkbox"/> 調理指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
特記事項 （栄養面での目標など）	<input type="checkbox"/> 検査データを別紙に添付します。		

上記の通り、訪問栄養食事指導を指示します

医療機関名 _____

担当医師 _____ ㊞

4 実施報告書（登録管理栄養士⇒診療所）

訪問栄養食事指導 報告書

医療機関ご担当医 先生御侍史 管理栄養士 _____
 年 月 日 (訪問日 月 日 時～ 時 回目)

患者氏名		□男・□女	(T・S・H) 年 月 日生 () 歳
特別食	食	調理担当者：	住所：
指示栄養量	Kcal 蛋白 g 塩分 g ()		要介護度 1・2・3・4・5
病 名		要支援	1・2
家族構成		連携先	
S:主観的情報			
O:客観的情報			
身長： cm	体重： kg	BMI： (体重減少～)	機能 嚥 下 <input type="checkbox"/> 可能 咀 嚼 <input type="checkbox"/> 可能 排 泄 <input type="checkbox"/> 問題なし 食事介助 <input type="checkbox"/> 必要 会 話 <input type="checkbox"/> 可能 備考
A:評価			
P:問題解決の為のプラン			

5 業務内容内訳書（登録管理栄養士⇒診療所）

在宅訪問栄養ケアに関する業務内容内訳書

院長 医院 様 平成 年 月 日

〒
住所
管理栄養士

下記にて、訪問栄養食事指導を実施いたしましたのでご報告いたします。

年 月分の業務内容

月分の業務内容	件
---------	---

1. 業務内容内訳（詳細）

	訪問日時	該当者
1	年 月 日 時～ 時 @1,500×3 h	様宅
2	年 月 日 時～ 時 @1,500×3 h	様宅
合計		件

2. 振込先（手数料はご負担ください）

銀行名	銀行
支店名	支店
預金種目	預金口座
口座番号	No.
口座名義	
本人電話番号	

平成30年度在宅医療(栄養)推進事業
新潟県補助事業

新潟県における在宅訪問栄養食事指導推進事業
—在宅療養者等のステージに合った QOL の向上をめざして—
平成30年度事業報告書

発行：平成 31 (2019) 年 3 月

公益社団法人 新潟県栄養士会
〒951-8052 新潟市中央区下大川前通 4 ノ町2230番地
エスカイア大川前プラザ108号
TEL 025-224-5966 FAX 025-224-0510
