

栄養サポート体制構築の手引き

平成 21 年 10 月

社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

1. はじめに

栄養サポートの取り組みは、病院ではNST、介護保険施設では栄養ケア・マネジメントという多職種協働の形で展開され、充実してきました。当協議会が平成18年度に実施した調査（平成18年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「在宅復帰に向けた栄養ケア・マネジメントに関する調査研究報告書」）では直診病院の47.4%にNSTが稼働しており、さらに本調査研究において実施したアンケート調査では、その割合は51.9%となっていました。このように入院・入所の環境では十分な栄養支援を受ける機会が増えていますが、一旦在宅復帰をすると、せっかくの綿密な管理が途絶えがちとなります。

高齢化あるいは認知症増加を背景に、口腔機能や嚥下機能障害といった栄養上のリスクを持つ方は増加しています。また、昨今の公的医療費削減の影響で、入院患者の栄養上の問題に対して十分な対処がされぬ間に退院を余儀なくされることは稀ではありません。むしろ、そのような低栄養あるいはそのリスクを有する方が在宅で生活するケースは増えており、大きな流れとして、栄養支援の最前線は、病院・施設から在宅へ移りつつあるとも言えます。一方で、地域において栄養支援を必要とするのは高齢者に限りません。例えば、在宅で生活する知的障害者あるいは身体障害者においては、若年であっても栄養管理を必要とすることは稀でなく、しかもライフステージに応じた長期的管理が必要です。したがって、在宅栄養サポートを地域で進める場合、対象者の年齢については広い範囲がカバーされ、長期ケアの視点で支援体制が形成される必要があります。

本会では、従来から地域において多職種の連携による活動の特長を生かし、地域における栄養サポートについて検討を行ってきました。今般の調査研究において、地域の栄養サポートのあり方が体系的に整理されたことを機に、本調査研究を側面から支え、その成果を具体的に進めるため、国診協全体で討議し、手引きとしてまとめたものであります。

栄養サポート体制構築の手引き 目次

1. はじめに
2. 地域の状況に応じた在宅栄養サポート体制
 - (1) 社会資源が集約された地域
 - (2) 社会資源が豊富で分散する地域
 - (3) 社会資源が少ない地域
 - (4) 症例情報の記録と共有のためのツール
3. 対象の特性に応じたサポートの実践
 - (1) 退院後の支援継続を要する症例
 - ①在宅栄養支援のキーパーソン
 - ②在宅栄養支援の必要はわかるが余裕のないなかで
 - ③退院前にできること
 - ④家族のキーパーソンとの連携
 - ⑤在宅栄養サポート組織との連携
 - ⑥かかりつけ医と栄養支援キーパーソンへの情報提供
 - ⑦在宅療養の維持
 - ⑧訪問診療
 - ⑨体重の測定
 - ⑩受診や入院
 - ⑪老健や介護支援施設との情報共有
 - ⑫在宅介護者を対象とした勉強会
 - ⑬地域の介護保険施設との連携
 - (2) 嚥下障害を有する在宅症例
 - ①嚥下障害を疑う
 - ②摂食場面の観察
 - ③簡便な嚥下機能のスクリーニングテスト
 - ④家族への説明
 - ⑤嚥下障害への初期対処
 - ⑥専門的嚥下機能評価
 - ⑦栄養スクリーニング
 - ⑧地域の在宅栄養サポート組織や病院 NST との連携
 - ⑨栄養アセスメント
 - ⑩栄養ケア計画の作成
 - ⑪栄養状態の追跡
 - (3) 身体・知的障害者に対する在宅栄養支援

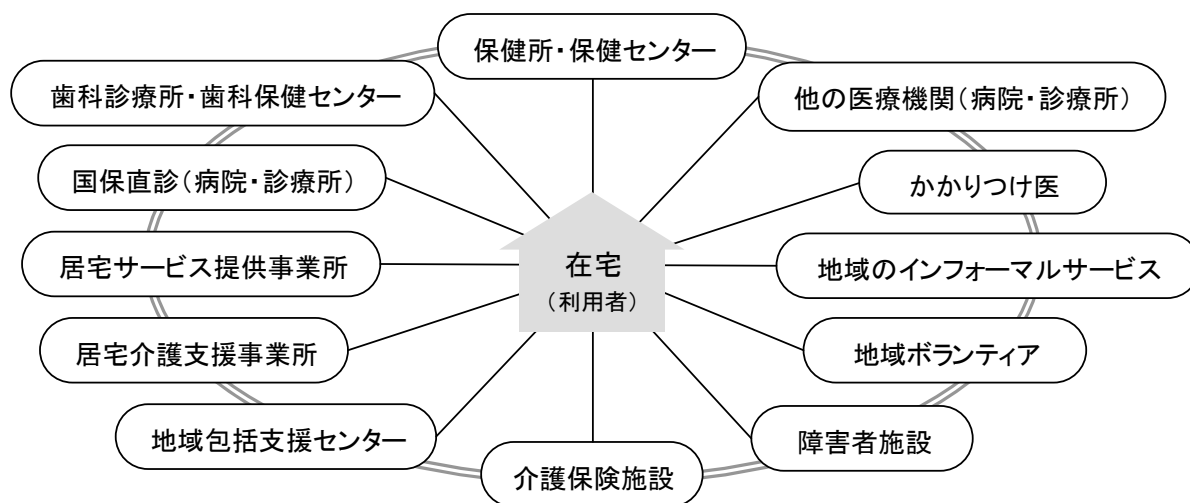
2. 地域の状況に応じた在宅栄養サポート体制

医療機関におけるNSTの普及は目覚しく、平成17年9月に日本静脈経腸栄養学会によるNST稼働施設の認定が始まり、平成20年7月で全国において1223施設が認定されています。また、平成17年10月の介護保険改正により、高齢者の低栄養状態の予防・改善を目的に、個別的な栄養評価に基づく栄養ケア・マネジメントの実施を介護報酬上の加算と評価されることとなりました。全国に共通する高齢化という根本的な問題を背景に、疾病・介護予防の観点から栄養支援の必要性が広く認識されていると言えます。

しかし、入院あるいは介護保険サービス施設入所の際には多職種協働のもとで栄養支援を受けやすくなっていますが、一旦在宅復帰すると、管理栄養士を動員した管理や、摂食嚥下機能低下に対する専門的見地からのケアを受けにくい状況となります。また、急性期医療機関にみられるような入院日数の短縮は、不十分な管理での退院やそれによる在宅復帰早期の低栄養の発生を懸念させます。今後、低栄養リスクを有するだけでなく医療依存度の高い（入院の危険性の高い）在宅療養者が増加すると予測され、在宅生活の維持・継続のために相応の支援体制が求められるケースが増えてくると思われます。すなわち、在宅栄養サポートを共通目的に、医療、介護、保健・福祉に係わる施設レベルの連携を図り、そのなかから医療、看護、介護及び必要な専門職種の人材を確保します。対象症例の個別特性に応じて、動員される職種や連携施設を適確に選択します。施設間の連携については、一つの枠組みを構築するとモチベーションや情報の共有がスムーズに進み、これらは地域によって“栄養支援連携協議会”とか“NST合同研究会”など呼ばれることがあります。

もちろん、これらの取組は栄養サポートに重点がおかれたものではありませんが、国保直診が目指している「地域包括医療・ケア」の理念の下で、地域住民に対して、保健サービスと医療サービス、そして介護サービスを含む福祉サービスを、関係者が連携・協力して、地域住民のニーズに応じて一体的、体系的に提供されなくてはなりません。

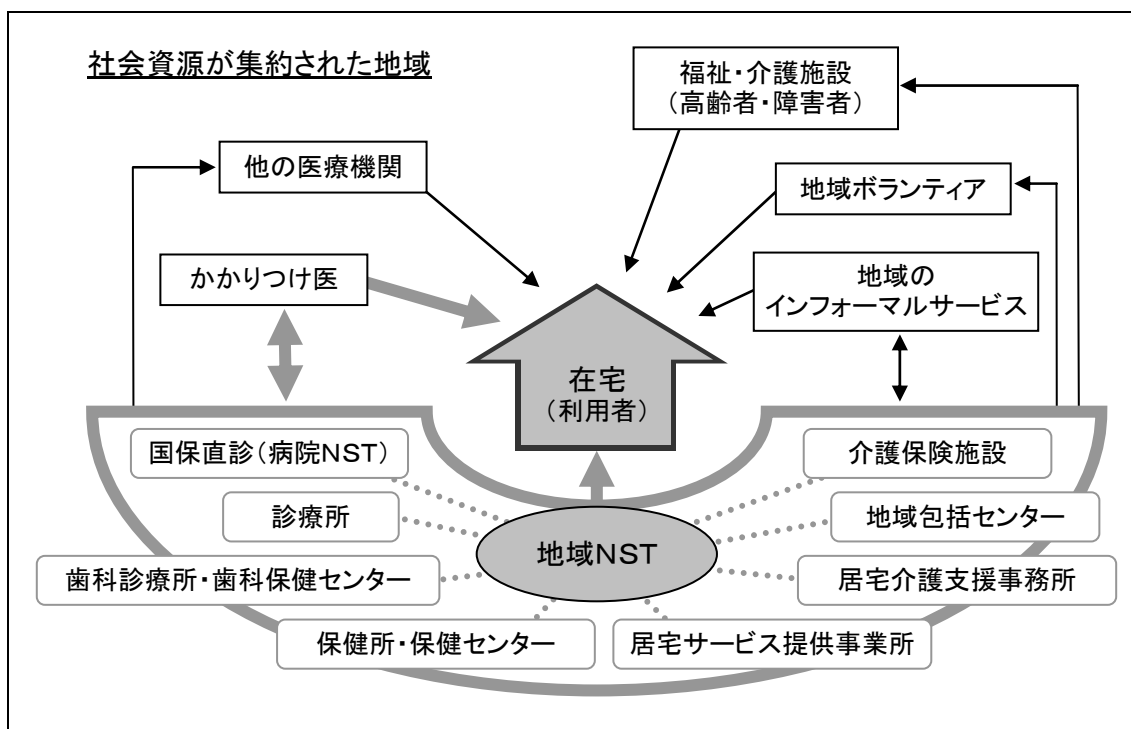
図表 4-1 在宅栄養サポート体制が目指す方向性



ただ、社会資源の状況は地域によって異なることから、ここではおおまかに、①国保直診にみられるような中核的病院を中心に介護・保健・福祉施設が集約される地域、②社会資源が比較的豊富で施設が分散する地域、③地域資源が比較的乏しい地域、に分類し、これらの地域において取り組みが進みやすいと思われるサポート体制のあり方を提示します。

(1) 社会資源が集約された地域

図表 4-2 地域資源が集約された地域における在宅栄養サポート体制の構築



地域NSTとは:

病院NSTが、在宅ケアスタッフや併設介護保険施設のスタッフと連携して地域へ活動を展開することをイメージした呼称である。

地域NST構築のためのステップ:

- ① 合同勉強会により在宅栄養サポートの必要性の認識を共有し活動へのモチベーションを高める。
- ② 参加する職種の役割を明確にし、『在宅NST』と呼ぶような在宅サポート組織を作る。
- ③ 退院後の在宅NSTへの引き継ぎを院内に周知する。
- ④ 定期カンファレンスの場を設けて、症例検討、情報交流のほか知識・技術向上のための勉強会を実施する。
- ⑤ 症例個々に対して在宅スタッフがスクリーニングを行い、在宅NSTでアセスメント及び管理計画の策定を行う。
- ⑥ チームによる介入効果を評価しながら、長期に管理を継続する。
- ⑦ 地域ボランティア、開業医、他の医療機関及び介護保険施設との連携を行う。

単一の医療機関が併設施設や近隣施設の機能を動員し、保健・医療・介護・福祉サービスを地域に向けて提供する体制が整った地域、すなわち地域包括医療・ケアシステムが整備された地域を指しています。このような地域において、実効性のあるサポート体制を最もつくりやすいと推測されます。地域包括医療・ケアを実践する中核的病院の場合、NST がリードする形が活動しやすいと考えられます。病院、介護保険サービス施設、在宅での療養環境でシームレスケアが実践されることを目標とします。病院 NST は、同ケアシステムに従事するあらゆるスタッフに対して、勉強会などを通じて、栄養管理に関する基本的な知識と技術の普及も着手するのはもちろん、在宅療養支援の実践へ向け意識を醸成させていきます。サポート対象としては、当然高齢者層を念頭にしがちですが、低栄養リスクを有する若年障害者なども含めるよう意識統一を行うべきです。全般的なモチベーションの向上を図りながら、介護施設部門、在宅部門においてそれぞれ栄養支援チームを設立します。専門職種が足りなければ、病院 NST から動員することとなるでしょう。介護施設においては、栄養ケア・マネジメントのための多職種チームが既に構成されていることが多いので、必要に応じて ST や口腔ケアスタッフが関与するだけでよいかも知れません。病院 NST スタッフは必要に応じて介護施設にも訪問し、病院からの管理継続の徹底が図られ、また入院適応の検討が NST の立場でなされます。在宅に関しては、在宅ケアスタッフ（保健師、訪問看護師、ホームヘルパー、ケアマネジャー、地域包括支援センター職員など）を中心としたチーム作りを行います。

この地域内で、中心的病院、介護施設（併設あるいはそれ以外）、在宅と療養環境を移動するケースが多いので、情報交換・交流が重要となってきます。特に合同カンファレンスでの症例検討は必須と言えましょう。情報共有を進めカンファレンスの運営を担保するには、在宅専用の栄養ケア計画書や栄養モニタリング表を準備すべきでしょう。カンファレンスでは、在宅だけでなく、併設施設のショートステイやデイサービス、デイケア利用時の対応も話し合うことができ、体重測定や身体計測、あるいは栄養補充に関する打ち合わせが可能となります。

以上のように病院 NST を核として活動を地域へ展開しますが、そのための新しい組織は上の 3 つの療養環境をカバーするものとして『地域 NST』と呼びます。地域 NST には、病院 NST、併設介護保険施設 NST 及び在宅 NST で構成されると考えれば、全体像をとらえやすいでしょう。在宅主治医や併設介護施設医師と定期的に協議しながら、病院 NST 責任医師が全ての活動を統括するのが望ましいでしょう。在宅主治医が栄養に造詣が深ければ、全体の統括者が病院 NST 医師に限る必要はありません。

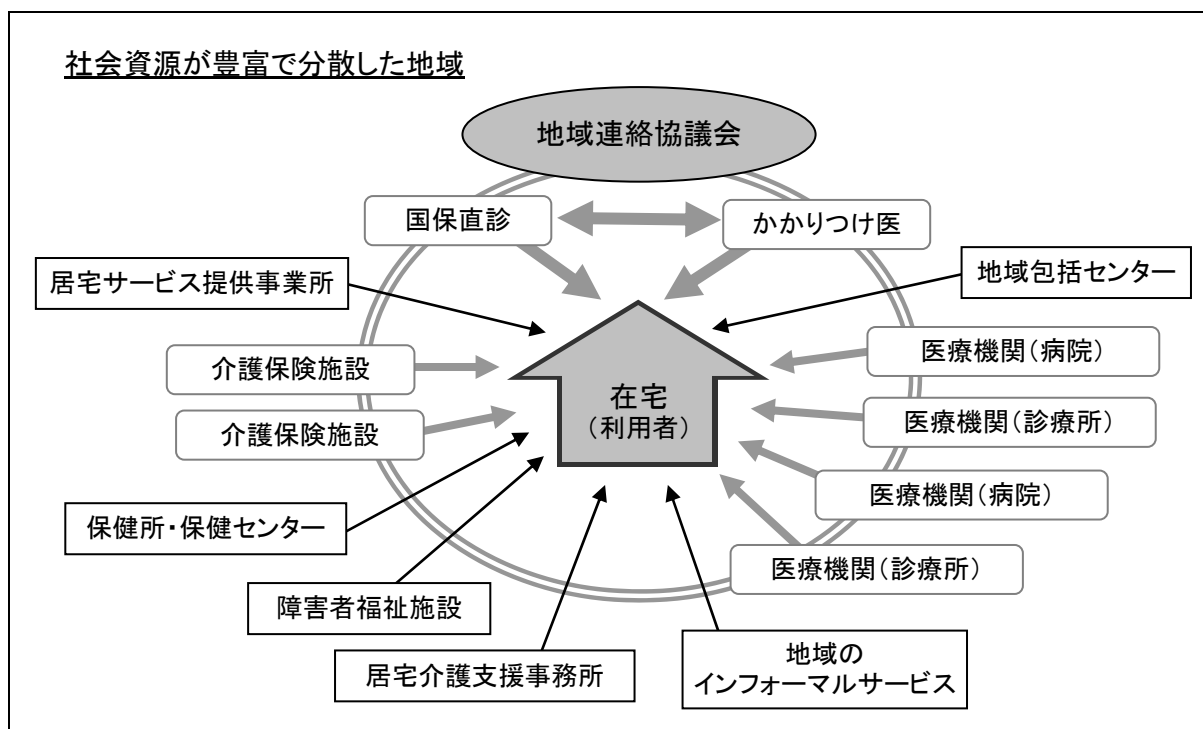
地域 NST 医師は、周辺の開業医（かかりつけ医）と積極的に連携を図ります。かかりつけ医や併設以外でも老人保健施設からの依頼があれば、出張して栄養アセスメントを行い、また病院で専門的な嚥下機能評価を実施して情報提供します。また、NST が誤嚥性肺炎の患者の受け入れ窓口として機能し、肺炎治癒後の適確なタイミングで VE、VF を実施して、経口摂取の可否、推奨される食事形態の選択を行います。情報や知識の共有が進んでいけば、肺炎後の栄養管理の途上にあっても、かかりつけ医に引き継ぐこと

が可能でしょう。

また、食生活改善委員などの地域ボランティアとの連携が重要です。具体的には、彼らが低栄養とそのリスクを有する独居生活者の存在を報告し、在宅チームが栄養アセスメントを実施して、必要であれば摂食・嚥下機能に応じた形態の配食サービスを手配します。公的・私的サービスを駆使しても食事が充足しない場合、地域住民の協力で不足分を提供できれば理想と言えるでしょう。とにかく、このような事例に早期介入できるよう、地域ボランティア等の住民を通じてスムーズに保健師、保健所職員あるいは行政職員から在宅サポートチームに情報が流れるように意識の統一を図るべきでしょう。

(2) 社会資源が豊富で分散する地域

図表 4-3 地域資源が豊富で分散した地域における在宅栄養サポート体制の構築



在宅栄養サポートのための地域連携構築のステップ:

- ① 中心的医療機関が音頭をとり、地域内の医療及び介護の機関・施設で栄養に係わる代表者を集め準備委員会を設置する。
- ② 参加予定施設のスタッフの参加による合同勉強会で意識の統一を図る。
- ③ 栄養支援の流れ・概要や情報共有化の方策について協議したうえで地域連携協議会を立ち上げる。
- ④ 参加者の整理に電子メールのメーリングリストを活用する。
- ⑤ 栄養スクリーニング、アセスメント、ケア計画及びモニタリングのための共通の記録様式を準備する。管理対象となる症例を登録して中心的機関で情報を管理する。
- ⑥ 参加医療機関からの退院患者で在宅支援が必要な場合には、在宅主治医(かかりつけ医)を介して本協議会に登録する。
- ⑦ 主に在宅主治医がアセスメント、ケア計画及びモニタリングを運用するが、協議会が支援を継続する。必要に応じて、参加医療機関で口腔ケアや嚥下機能評価のサービスを受ける。
- ⑧ 協議会の活動を地域に周知させ参加施設の増加を目指す。

単一医療機関及びその併設施設で在宅医療・介護の展開が困難なケースは多いと思います。しかも、周囲に社会資源が多ければ、ひとつの医療機関で介護・福祉までカバーするメリットはうすいでしょう。但し、このような地域では、ひとりの患者が複数の介護施設や医療機関を転々とするのが日常です。そこで、圏域内の医療・介護・福祉を担う施設・機関が参加する『地域連携協議会』と呼ぶような施設横断組織を立ち上げて活動を開始するのが望ましいと考えます。脳卒中や大腿骨頸部骨折に関する連携パスの運営のため連携協議会が既に活動している地域が多いと思われるので、既存の連携の枠のなかで栄養支援事業が便乗する形で組織を立ち上げるのが効率的かつ現実的かもしれません。サポート対象に関して、例えば“血清アルブミン値 3.0g/dl 未満の低栄養症例”とすれば多くのケースをカバーできそうですが、多すぎて無理でしょう。PEG 造設パスの実例がありますが、これは造設後急性期を乗り切れば通常、経管栄養は安定します。他方、嚥下機能障害は重要な栄養上のリスクであり、取り組みが期待されます。やはり“病院 NST が退院後管理を要請する”、“かかりつけ医が多職種支援を求める”ケースを対象とするのが、最も現実的と思われる。支援の要請元が責任を持ってフォローできるような体制が望ましいでしょう。但し、国保直診においては、開業医を介さず直接在宅症例に関与する場合がありますので、この場合は病院 NST からその病院の在宅医療部門に引き継ぐこととなります。

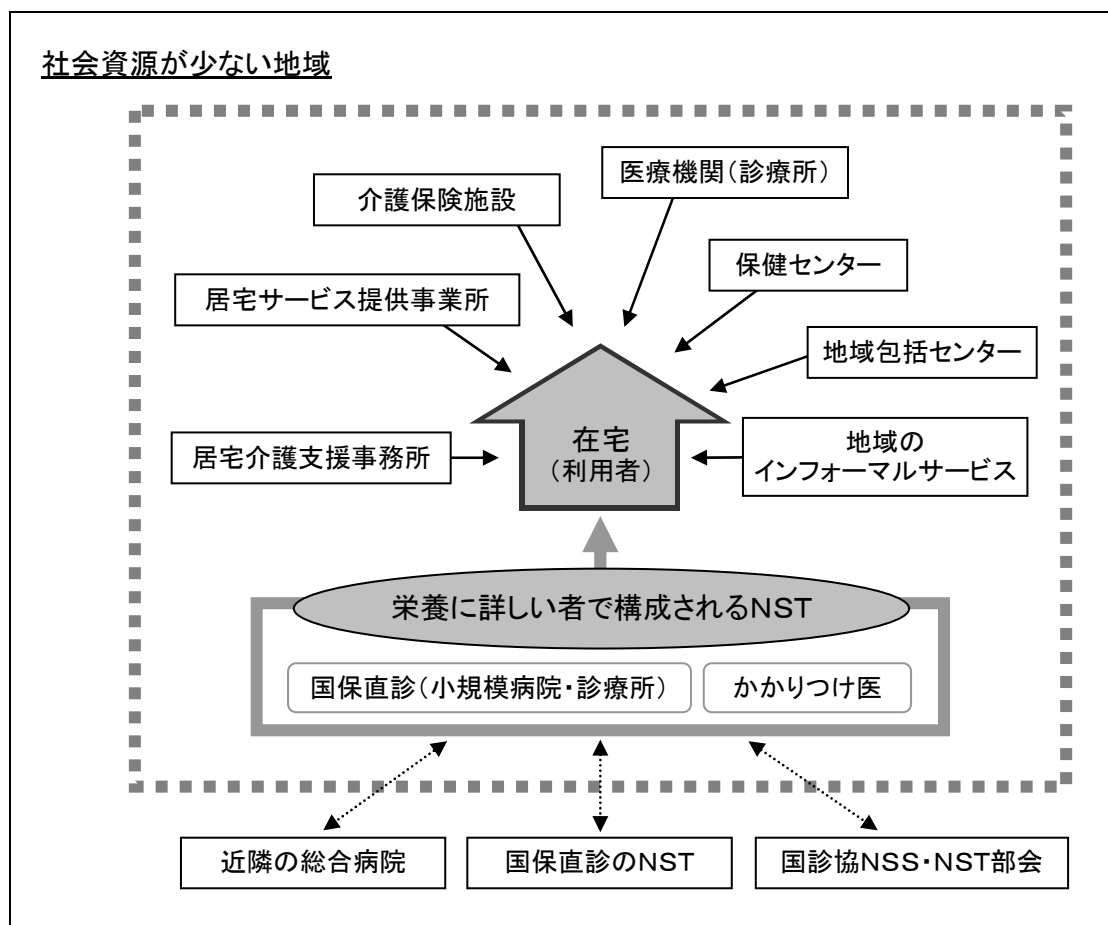
組織の立ち上げに関して、まずは、合同勉強会などで地域での栄養支援の意識を高めます。情報伝達がスムーズとなるよう電子メールのメーリングリストで管理するのが望ましいでしょう。次に、症例に関するコーディネーターの確保ですが、中心的医療機関の職員が担当することが望ましいでしょう。ここで、中心機関の地域連携室のソーシャル・ワーカー等の活躍が期待されます。連携室職員の栄養に対する意識・知識が高ければ、連携のスピードや質を向上させると予想されるので、準備段階から特別な注意を払って NST は彼らに栄養支援とその継続の意義を教育すべきでしょう。

地域連携協議会の役割としては、①合同勉強会、連絡会あるいはメール伝達による在宅支援体制の構築や栄養管理上の知識のレベルアップ、②在宅サポート症例の登録と管理、③所属医療機関からの退院後の引き継ぎ、④かかりつけ医の支援要請への対応、⑤かかりつけ医支援を基本とした対象症例への長期的なチーム介入、⑥必要な地域社会資源との連携及び⑦組織外の医療・介護施設との連携が挙げられます。

コーディネーターと各施設のキーパーソンの連携が密になれば、症例情報の流れはスムーズになります。但し、医療依存度の高いケースが多いので、管理計画の策定に当たっては、中心的医療機関の NST 医師あるいは栄養学に長じる参加医師が積極的に関与すべきでしょう。上記（1）に該当する地域の場合と同様に、NST 医師には地域の在宅支援に関して一定の貢献が求められると思います。

(3) 社会資源が少ない地域

図表 4-4 地域資源が少ない地域における在宅栄養サポート体制の構築



社会資源が少ない地域での在宅NSTの立ち上げ:

- ① 地域内の社会資源の職員から栄養に詳しいものを集めて勉強会を行い、在宅栄養サポートのモチベーションを高める。全ての管理栄養士・栄養士を勧誘する。
- ② 『在宅NST』と呼ぶような多職種組織を立ち上げる。人員に在宅ケアスタッフは必須であり、管理栄養士や保健師が含まれてリーダーの役割を果たすことが望まれる。このチームに必ずしも医師は必要なく、中心医療機関あるいはかかりつけ医と連携できればよい。
- ③ 栄養管理に関する記録様式を準備する。
- ④ 定期的にカンファレンスを実施して、症例検討によって、ケア計画の策定や介入効果の評価を行う。
- ⑤ 専門的口腔ケアや歯科治療のための施設との連携体制を作る。
- ⑥ 専門的嚥下機能検査やPEG造設などの治療のために近接地域の総合病院と連携する。
- ⑦ 近接地域の総合病院のNSTと連携することを念頭におく。

小規模病院と診療所しか医療機関が設置されていない中山間地域もしくは島嶼部地域がそれに当たると考えられます。基本的に、それらの施設を中心とするサポートチーム（在宅 NST）の設立が期待されますが、努力しても困難なことが多いと考えられます。診療所であればなおさらでしょう。まずは、地域の社会資源のなかで栄養に詳しい職員を出来るだけ募って、連絡網を作ります。皆が集まって、勉強会を開き、ケースに関する話し合いができるようにしたいところです。管理栄養士あるいは保健師・看護師が含まれていれば、必ずしも医師でなく彼らが組織をリードしてもよいでしょう。医師が不足して勤務条件が厳しければ、余裕のあるほかの職種が実質的に音頭とりの役割を果たすのが、組織設立には現実的である。但し、管理対象の多くは医療依存度が高いため、栄養学を活用できる医師の関与が不可欠なのはいまでもありません。

地域外社会資源の助けを借りることを考えると、総合病院 NST の勉強会やカンファレンスに参加する、特殊検査や栄養管理のために総合病院を利用する、このような連携が望ましいでしょう。近隣の包括ケアを実践する直診医療機関は、このような小規模施設に積極的に協力すべきと考えます。場合によっては、それらの直診施設がこの③地域の中心施設に働きかけて、連携協議会を結成すればより効率的でしょう。また、電子メールを用いれば、診療所—総合病院 NST 間でアセスメントの情報をやりとり（マイクロソフト・エクセルなどの病院所定様式に記入して添付する）して、NST 医師に管理計画を依頼することができます。

（４）症例情報の記録と共有のためのツール

上のいずれのサポート体制の形態においても、症例個々の管理のためは、専用の記録書式が求められます。そこで、巻末に添付したとおり、『在宅支援のための栄養スクリーニング』、『在宅支援のための栄養アセスメント』、『在宅支援のための栄養ケア計画書』及び『栄養ケアモニタリング表』を試作しました。

ここで大切なのは、支援に多くの職種が関わるのが想定されるので、なるべく簡易なもので、かつ必要な情報を記録しておくことです。細かすぎると、記録自体が形骸化してしまう危険性もあります。

そこで、今回施策した書式には、基本的項目のみを掲載しております。特に『栄養ケアモニタリング表』においては、「症状・所見」「食事内容」「嚥下機能」「口腔」「褥瘡」「身体計測など」の項目を設けておりますが、どのような職種の方でも記入できるような内容としております。これらを参考にいただき、各地域の実情にあわせて修正を頂き、ご利用頂ければ幸いです。

3. 対象の特性に応じたサポートの実践

(1) 退院後の支援継続を要する症例

①在宅栄養支援のキーパーソン

●キーパーソン（かかりつけ医、保健師、看護師、ケアマネジャーなど）

保健師・看護師が患者に最も近くで関わるので、当然、それらの専門職が栄養状態を十分把握していることが多いと考えます。在宅では、食事を作って食べさせるのは、家族あるいはホームヘルパーです。栄養に知識があり熱心な人であれば、ケアマネジャーでも良いでしょう。但し、医療依存度が高い状態では、かかりつけ医か保健師・看護師が適任でしょう。管理栄養士の関わりが可能な場合は、是非、関与をお願いしましょう。

キーパーソンは、看護師や保健師のほかに、栄養に詳しい医師や病院のNSTスタッフ等、支援の対象者が気軽に相談でき、各種調整に尽力してくれる人材が望ましいと思われれます。

②在宅栄養支援の必要はわかるが余裕のないなかで

●どこの施設もマンパワーが足りない！

どの病院・施設もマンパワーはフルに稼働しており、余裕などありません。NSTのコアスタッフがそのまま在宅管理を指導できれば望ましいでしょうが、ほとんど、無理な状況でしょう。そこで、まずは手を広げ過ぎることなく、本当に在宅での介入が必要な症例を絞りこみ、その目的や目標を明確にしましょう。絞込みの際の視点はいろいろと考えられると思いますが、例えば急性期病院から退院者を想定した場合、栄養に関する在宅支援の対象者はそれほど多くはならないのではないのでしょうか。

●目的や目標を明確にできなければ介入効果は乏しい。

公立みつぎ総合病院（240床）は平成14年よりNSTが稼働しており、週2回病棟での回診を行っています。回診対象例における介入終了の理由を検討すると、在宅復帰は約1割に過ぎず、半数以上は老健や特養への退院です。そうすると、年間の新規回診症例が約100件ですので、在宅復帰後に継続が必要となるのは年間10件前後です。家族の協力等の理由で往診が拒否されることや、地理的に困難な事例もあるので、そんなに多くは対象とならないと思われれます。

③退院前にできること

在宅に戻れば、目が届かないし、手も足りません。だからこそ、退院前にどれだけ効果的かつ能率的な戦略を建てるかが大事です。タイミングを逸さないようにしましょう。

●主治医には頼り過ぎない。

病院の医師の間には栄養に関する認識・知識に大きな差があります。したがって、主治医に任せきりにするのではなく、退院後支援の継続が必要な場合に予め NST コアスタッフが指示する方がスムーズに準備できます。退院決定から退院まで時間がないことが多いのでなおさらでしょう。NST 回診の際には、常に在宅移行を念頭に管理計画を提案すべきです。在宅への継続が重要となるのは、脳血管障害や認知症による嚥下障害への対応、誤嚥性肺炎の再発防止、末期悪性腫瘍の管理、褥瘡や難治性皮膚潰瘍といったところでしょう。在宅経腸栄養の場合は、入院中の指導が十分で家族が慣れていれば、問題が少ないことが多いです。

●病院の看護師さんへ

在宅療養する患者とその家族の生活をイメージできますか？

在宅支援を計画するには、患者・家族との話し合いにより、生活像を作って下さい。例えば、いつ、誰が、どこで、どういう風に、調理や食事の準備をして、それをどのように患者が食べるのか？食事の介助の環境や、用具や方法について、じっくりお話を聞いてみましょう。

自宅で食生活を確立するために何が必要か、よく考えてみましょう。食生活のイメージを、同僚や他の職種の人と話し合っって精密なものにしましょう。そのイメージを大切に、別紙の栄養スクリーニング表を参考に情報を整理してみましょう。そして、地域の社会資源を考慮するとともに、栄養サポートのための施設間の連携が必要か検討しましょう。次に、連携すべき施設・機関について以下を参考に考えてみましょう。

<p>通常の高齢者の場合</p>	<p>他の医療機関 かかりつけ医（開業医など） 保健所・保健センター 地域包括支援センター 居宅介護支援事業所 介護保険サービス事業所（居宅サービス） 介護保険サービス施設</p>
<p>障害者の場合</p>	<p>かかりつけ医 保健所・保健センター 障害者福祉サービス 障害者施設 社会福祉協議会等の地域組織 特別支援学校（児童・生徒の場合）</p>

連絡が必要な場合には、スクリーニング用紙にそれぞれの名称、代表者、電話番号などを控えておきましょう。

●看護師と栄養士が揃えば十分です。

まずは、最低限の数の人を集めケースカンファレンスを行いましょう。栄養に比較的詳しい看護婦がいて、ベテランの管理栄養士が患者の社会的背景や病状を理解していれば、二人で栄養ケア計画を立てることは難しくありません。これを、栄養指導の形で栄養士が家族に説明し同時にキーパーソンに伝えて、後でそれを医師が追認する形でも構いません。

在宅での初期計画を別紙の栄養ケア計画書を参考に立ててみましょう。退院前に準備ができれば、退院後の連携先に本紙を情報提供しましょう。

④家族のキーパーソンとの連携

夫婦のみの世帯でキーパーソンが高齢の配偶者であることは多い。もちろん、キーパーソンの理解度をとらえて、それにあわせて説明しますが、軽い認知症があることは稀ではありません。大切なことは紙に書いておいて部屋の中に貼っておくとか、わかりやすく写真で示すとかの工夫が望まれます。例えば、トロミの調整を一定にするためには、お茶にはスプーン何杯とか味噌汁には何杯入れるとか書いて台所に貼っておくとよいでしょう。

基本的な説明として、体力・生活能力の維持や肺炎等の感染症の予防のため栄養が重要であることを伝えます。食べる量や偏食の有無への注意は勿論、その他に症状として、食事にかかる時間、むせは勿論、食事中や後の咳・痰、発熱の観察の重要性を説明します。また、体重測定の工夫（デイサービス、デイケア利用時の記録の徹底）、下腿周囲長の測定の重要性を説明し相談にのります。

食事については、特に嚥下食の形態や食事介助に関する指導が重要です。管理栄養士による食材や調理方法に関する丁寧な指導があれば言うことありません。さらに、在宅の現場で栄養士が現場でチェックするのが理想ですが、困難なことが多いものです。例えば、重要な事項にトロミの調整がありますが、少なくとも水分へのトロミ付けについては徹底させます。また、離水する恐れのある豆腐などの食材については、砕いたあとトロミ剤を混ぜるなどの工夫を教えます。ミキサー食提供の実施の確認は容易です。また、食事介助について、環境（テレビを消して気が散らないようにする）姿勢（30°仰臥位での頸部前屈）と体位（30°仰臥位、90°座位）、スプーンでの介助法、食事のペースに関して指導するとともに現場でのチェックを行います。

⑤在宅栄養サポート組織との連携

●在宅NSTや栄養サポートに関する地域連携協議会への相談

その地域にこれらに該当する組織があれば、直接あるいは在宅主治医（かかりつけ医）

を介して連絡をとり、栄養支援の継続を要請します。退院時情報提供については、在宅サポート側で利用する栄養管理上の書類を確認し、必要な項目を網羅するよう心掛けます。また、退院時の本記録を、次の入院の際に閲覧できるよう保管しましょう。

在宅管理を完全にこれらの組織に委ねるのであれば、在宅生活での状況については、本組織のスタッフか在宅ケアスタッフを介して詳細な情報を得て、入院中の栄養ケアに対して在宅準備の観点から総括・反省を加えるべきでしょう。

⑥かかりつけ医と栄養支援キーパーソンへの情報提供

入院主治医かNSTを通じて、入院中の栄養介入の経過や退院時のアセスメントと栄養管理計画書を情報提供します。退院前カンファレンスは、栄養管理に関しても絶好の情報交換の場として活用できます。退院前カンファレンスの項目に、栄養に関する専門的内容を増やしていくよう努力しましょう。

⑦在宅療養の維持

●家族には嚥下に関する説明を行い、窒息や肺炎の危険を理解してもらう。

高齢者の場合には、嚥下の機序、誤嚥による窒息や肺炎の問題、肺炎を繰り返すと胃瘻を考慮するようになること及び嚥下食の意味を含めて説明します。家族に注意して観察してもらうように指示します。ムセはもちろん、飲み込むまでの時間さらに食事中や後の咳・痰には十分すぎるほど気をつけてもらいましょう。

●厳密な計算はあまり役に立たない。

栄養管理の計画について、きっちり必要栄養量を計算しても、摂取する量の正確な把握が困難なケースが多いものです。厳密な計算による管理は最初からあきらめて、状態の悪化に適確に対応することを目標とすべきでしょう。

●月に一度の観察・記録を基本とする。

月に一度の栄養状態の観察と記録を基本とします。保健師、訪問看護師でもよいし、記録を家族にしてもらい、それを保健師が確認する形でよい。観察・記録の様式について、家族やケアマネが記入しやすいように簡易な項目がよいと考えます。

●観察・記録項目について

- ・おおまかな身体状況（活気の有無、活動性の変化など）
- ・食事の摂取量や内容の変化（食事が減ったかどうかを主に記録する）
- ・嚥下状態、・口腔内の状態
- ・褥瘡の有無と部位
- ・体重、身体計測値
- ・血液検査データ

あまり複雑にすると長続きしません。ハードルを上げずに、とにかく継続させるよう努めましょう。なんとなく元気がないとか、食事が減ってきたとか、栄養状態をおおまかに評価しますが、変化はなるべく早く連絡できるように工夫します。これらの観察記録が NST のコアスタッフである医師や管理栄養士のチェックを必ず受けるべきです。

介護保険施設に入所する場合には、どの施設を利用するか確認します。必要であれば、病院・在宅での状況や栄養状態の評価について情報提供します。退所時には逆に入所中の情報の収集に努めます。部分義歯は紛失しやすいので、必ずチェックしましょう。

⑧訪問診療

●在宅の現場には、患者目線で栄養管理を考えるヒントが必ずあります。

かかりつけ医は勿論のこと、NST 医師や在宅サポート組織の医師が往診できれば、栄養支援に対する協力が“格段と”得られ易くなります。嚥下食など、本人にとっては“美味しくない”“食事を無理に食べている場合があります。医師が生活の場で同情を込めて嚥下食の必要性を説明する。患者・家族からは、『初めて納得できた』『心が救われた』と感謝されることもあります。院内だと、上から命令されるように感じることも、自宅で説明を受けると共感を得やすいかも知れません。医師にとっても、在宅の現場には、管理のコツのヒントが必ずあるものです。

⑨体重の測定

●デイケアやショートステイの際に必ず記録します。

体重の経過は非常に重要です。しかし、自宅内での測定は概して困難なことが多いものです。ニーハイ・キャリパーでの体重推定は、再現性に問題があり細かな変化がわかりにくい。デイケアやショートステイの利用時がチャンスです。このとき、必ず体重を測定し記録しておくように家族に指示しておきます。記録用紙を家族に予め渡しておけば、それを見て施設の職員が記録してくれるでしょう。

発熱に関する情報は重要です。不顕性誤嚥の場合には、気管支炎や肺炎を生じてから、誤嚥の証拠が明らかとなるからです。発熱だけが唯一の手がかりのことも珍しくなく、ムセや咳がなくても当てになりません。

⑩受診や入院

病院に受診や入院した際には、診察の情報を収集します。食欲への影響あるいは消化・吸収や嚥下機能に影響のある薬剤が開始されてないか注意しなければなりません。向精神薬の増減が食事摂取量の推移に連動することは決して稀ではありません。

もし、入院するようなことがあれば、家族などを介して入院理由と入院先を必ず連絡してもらおうようにします。例えば、誤嚥性肺炎で入院すれば、回復退院後の食生活が様変わりすることは頻繁です。

⑪老健や介護支援施設との情報共有

●嚥下造影検査の結果で食事の形態が決まっても、退院後に他の施設で同じものが提供されないと意味がありません。

デイケア、ショートステイで利用する施設には、食事の形態について十分な情報提供を行います。嚥下食については、特に副食の形態や内容の基準が異なる可能性があるので、キザミ食、ミキサー食等の形態について綿密な情報の交換が必要です。

⑫在宅介護者を対象とした勉強会

栄養の基礎と重要性、NST、嚥下障害と食事、トロミ付けの実践、食事介助、PEGと経管栄養、褥瘡の予防と治療あるいは地域社会資源の活用などをテーマに、勉強会を開催します。ケアマネジャーやホームヘルパーの参加が得られればより効果的でしょう。

⑬地域の介護保険施設との連携

NST回診対象症例、あるいは嚥下食を摂取している患者の多くが介護施設へ入所するのが現状でしょう。自宅退院のほかには施設を経由して在宅復帰するケースを忘れてはいけません。

⑬-a 情報の共有（病院－施設間、施設－施設間）

●情報共有のための連絡票を作りましょう。

すでに、栄養サマリー等によって情報のやりとりが行われていると思われます。病院・施設の申しあわせにより、統一された栄養状態評価票や栄養管理票を作成するのが望ましいです。ケアプランへの活用を容易にする工夫が必要です。

⑬-b 嚥下食の形態

●施設間で嚥下食のレベルを揃えるよう努めましょう。

施設間で嚥下食の形態が大きく異なると、退院や転所によってケアの質が著しく変化

することがあるので注意すべきでしょう。複数の病院や施設間で連携調整して、嚥下食の水準を標準化するのが望ましいと思われます。

⑬-c 施設から在宅復帰する際に

●退所前の在宅かかりつけ医への連絡

退所をひかえて、本人や家族が在宅栄養管理を希望する、あるいは栄養を含め在宅での医学的介入が必要と判断される場合には、かかりつけ医に情報提供します。このかかりつけ医が近隣総合病院の NST に相談できるような体制があることが望ましいでしょう。

⑬-d 勉強会を利用した地域のレベルアップや交流

●介護施設—病院が連携して勉強会を開きましょう

栄養の重要性、NST、栄養アセスメント、食事と栄養、嚥下障害と嚥下食、食事介助、誤嚥性肺炎、口腔ケア、PEG と経管栄養、褥瘡管理などをテーマに、病院（NST）と地域の介護施設のスタッフが連携して合同勉強会を行います。ケアマネジャーや在宅介護者も同時参加できれば、より効果的でしょう。

（2）嚥下障害を有する在宅症例

在宅高齢者の栄養上のリスクとして、嚥下障害は最も頻繁に経験されます。誤嚥や誤嚥性肺炎を防ぐ取り組みは、生活の質の維持だけでなく生命予後を保つのに重要です。

以下に嚥下障害を有する高齢者にみられる経過を示しますが、この過程を常に念頭に置き、現状がどの段階か意識しながら進行防止を期すべきです。

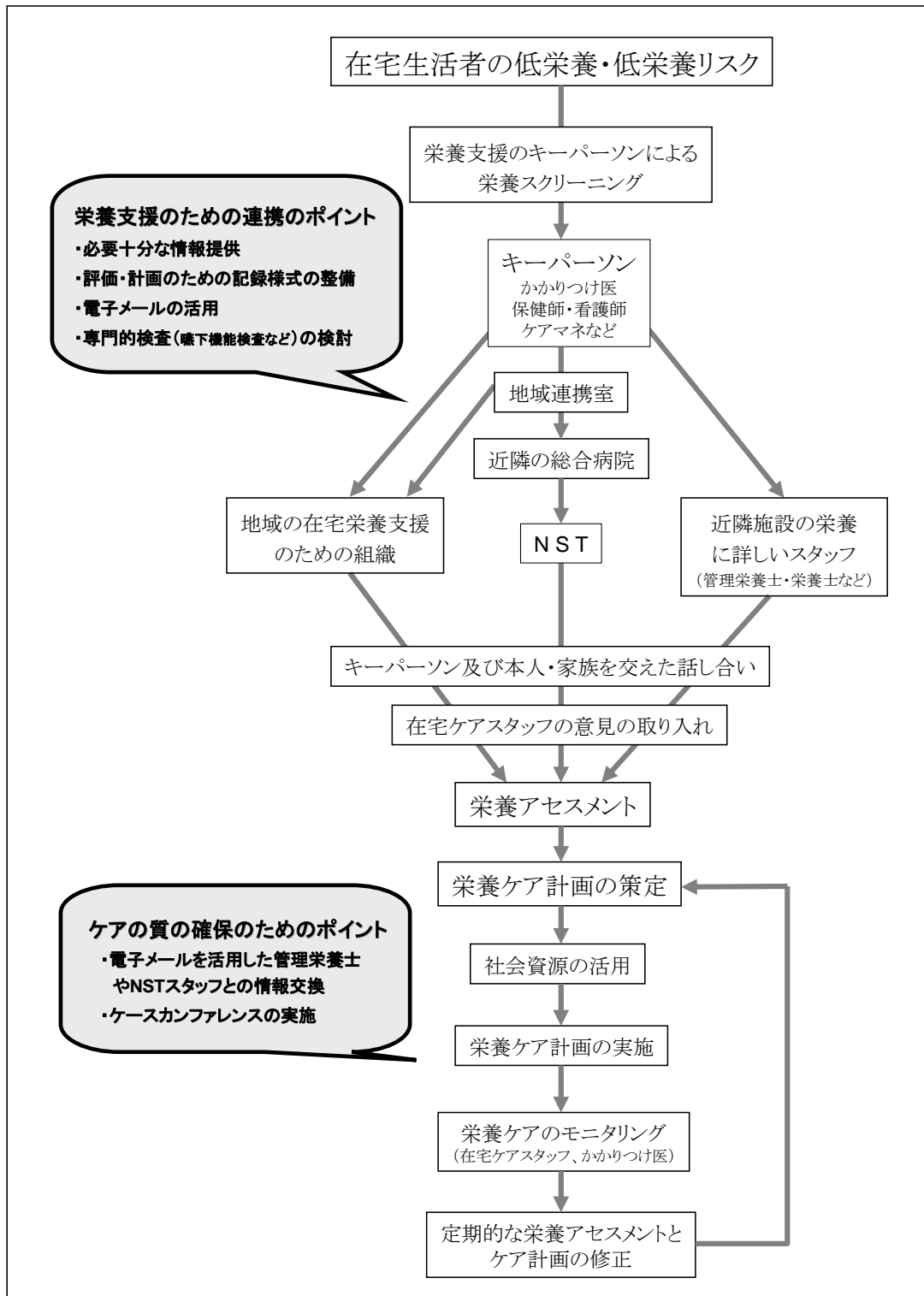
症例個々に対する支援の流れについては、図表 4-5 の在宅栄養サポートのフローチャートを参考にしてください。

【高齢の嚥下障害症例によくみられる経過】

- ①家族と同じ食事を摂取
- ②肺炎で入院加療（絶食＋抗生剤投与）
- ③誤嚥性肺炎と診断
- ④嚥下障害対応の食事形態の導入
- ⑤栄養状態の改善のもと退院
- ⑥誤嚥性肺炎の再発
- ⑦絶食による嚥下機能の低下
- ⑧食事再開と嚥下機能の回復
- ⑨栄養状態の改善のもと退院
- ⑩誤嚥性肺炎の再発

- ⑪肺炎の改善
- ⑫嚥下機能評価により経口摂取の継続が危険と判断される
- ⑬経口摂取の断念
- ⑭PEG 造設

図表 4-5 在宅栄養支援のフローチャート



①嚥下障害を疑う

年齢の問題は勿論、脳血管障害、認知症、咽頭・頸部疾患などの既往は、嚥下障害を示唆します。

食事中のむせ、食事中や後の咳がみられる場合には、もちろん嚥下障害を強く疑います。食事時間の延長、食事中の声の変化、食事内容の変化、食事中の呼吸の変化あるいは食べ方の変化（下を向いて食べる、口からこぼれる）も疑うべき症状です。

嚥下障害の在宅症例の場合、かかりつけ医あるいは保健師・看護師が栄養サポートのキーパーソンとして役割を果たすことが多いでしょう。

②摂食場面の観察

嚥下の状態の把握と同時に、口腔の状態や咀嚼機能を評価します。症状に加えて全般的な栄養状態（体重変化、消化器症状、身体診察など）に関する問診を行います。必要に応じて以下のスクリーニングテストを実施します。また、歯科治療や専門的口腔ケアの必要性を判断します。

③簡便な嚥下機能のスクリーニングテスト

これらは簡便であり、在宅で実施可能です。水飲みテストの結果を重視したいところですが、多くの水を飲ませることは誤嚥につながりかねないので注意しましょう。

反復唾液飲みテスト	意義	随意的な嚥下の繰り返しの能力を評価する。
	方法	口腔内を湿らせた後に、空嚥下を 30 秒間繰り返す。
	判定	30 秒で 2 回以下が異常
水飲みテスト	意義	口への取り込み、送り込み、誤嚥の有無などを評価できる。
	方法	冷水 3ml を嚥下させる。
	判定	判定不能；口から出す。あるいは無反応。 1a；嚥下なし、むせなし、湿性嚙声あるいは呼吸変化あり 1b；嚥下なし、むせあり。 2；嚥下あり、むせなし、呼吸変化あり。 3a；嚥下あり、むせなし、湿性嚙声あり。 3b；嚥下あり、むせあり。 4；嚥下あり、むせなし、呼吸変化・湿性嚙声なし。 5；4に加えて追加嚥下運動が 30 秒以内に 2 回可能

④家族への説明

嚥下障害が疑われる場合には、本人および家族に、嚥下の仕組み、誤嚥による窒息や肺炎の危険性、誤嚥しやすい食事の形態および誤嚥防止のための食事形態の調整について説明します。具体的に、トロミ調整剤を紹介して使用方法について詳しく説明します。

⑤嚥下障害への初期対処

嚥下障害が比較的軽い（例えば水分の摂取で軽いむせが生じる）と判定された場合、水分へのトロミ調整剤の使用を開始し当初の症状が改善すれば、専門的評価を依頼せず経過観察とすることもできます。それ以上の障害の状態では、嚥下造影による評価を第一に考慮します。食事形態では、同様に水分のトロミ調整剤を導入し、主食を粥とします。水分を比較的多く含む副食には、トロミ調整剤で粘度を持たせるように工夫します。

但し、窒息の既往や発熱がある場合は、必ず医師が対応について評価・検討すべきです。

⑥専門的嚥下機能評価

言語聴覚士や耳鼻科医の勤務する施設へ紹介し、嚥下造影検査（必要なら嚥下内視鏡検査も）を受けます。かかりつけ医が直接紹介するか、在宅栄養サポート組織を通じて紹介します。

⑦栄養スクリーニング

●連携や情報交換を進めるために、栄養サポートのための記録様式を準備しましょう。

栄養状態を比較的大まかに把握するために、別紙を用いてスクリーニングを行います。この様式は、短時間に最低限の情報を記入でき、初期評価の記録を残すのに有用でしょう。諸要因を総合する分析によって、相談のために連絡すべき職種、連携を要請すべき施設・機関の種類を明確にします。『2. 地域の状況に応じた在宅栄養サポート体制』で挙げたような連携が既にあるれば、これを利用します。そういった連携が見当たらなければ、地域の保健師はもちろんのこと、近隣の総合病院の管理栄養士・地域連携室などに問い合わせるのがよいかも知れません。

⑦専門的嚥下機能検査による誤嚥性肺炎リスクの評価や経口摂取の可否に関する検討、①食事形態の選択及び栄養指導、⑦定期的な評価の継続、⑤肺炎の際の入院受け入れ、これらの重要課題を満たすように連携機関・施設を探すことになるでしょう。これらのサービスを受けることができるか地域連携室に問い合わせてみることもなるでしょう。

⑧地域の在宅栄養サポート組織や病院 NST との連携

●地域に在宅栄養サポート組織があるか確認してみましょう。

本マニュアルの『2. 地域の状況に応じた栄養サポート体制』で提示したような組織がある場合には、かかりつけ医や保健師といったキーパーソンが連絡をとり、専門的知識の活用や周辺社会資源の利用をスムーズにさせます。必要に応じて NST 医師や管理栄養士の訪問の要請を行います。

この連携を活用すれば、誤嚥性肺炎を繰り返すような高リスク症例において入退院をスムーズにするとともに、在宅での栄養改善の機会を増やすことにより、自宅で美味しい食事ができるという基本的な QOL の向上に貢献します。

このような組織がなければ、キーパーソンが直接、近隣の中核的総合病院の NST に連絡して相談・支援を依頼するのがよいでしょう。より社会資源が少ない地域では、やはり近隣施設の栄養士など栄養に詳しいスタッフに声をかけるようになると思います。耳鼻科開業医があれば、まず、嚥下機能評価について相談すべきでしょう。

⑨栄養アセスメント

●アセスメントやケアプラン作成に電子メールを活用しましょう。

必要な連携を図りつつ栄養アセスメントを進めていきますが、もちろん、よい評価には管理栄養士などの専門職種の関与の工夫が必要です。別表 1 や 2 に示すようなスクリーニングとアセスメントの様式を予め準備しておき、スタッフ間の情報のやり取りを簡便にさせます。直接訪問が望めなくとも、連携先と電子メールや電話で連絡を取り合っ、アセスメントを完成させ、次のケアプランに繋げるようにします。アセスメントやケアプランに在宅ケアスタッフの全員の意見を十分取り入れ、実戦的な内容に仕上げましょう。ケアスタッフのやる気に影響するので重要なポイントです。

⑩栄養ケア計画の作成

同様に複数の職種が関わるべきです。長期及び短期の目標を設定するが、短期目標については、項目ごとにケア計画を策定します。これらについて、定期的に目標の達成度、計画の効果について評価すべきでしょう。

本計画書の書式は別表 3 に示したものを参考としていただきますが、本人及び家族に内容を確認してもらい、同意の署名を得るように努めましょう。

⑪ 栄養状態の追跡

在宅ケアスタッフあるいはかかりつけ医が栄養ケアのフォローアップを行うこととなります。その期間は基本的に年単位の長期となるので、そのことと誤嚥性肺炎での入院の危険性を念頭に、モニタリング頻度を計画します。通常、状態が安定していれば1～3ヵ月間隔が望ましいと考えます。適切な間隔の設定が長続きのコツと言えるでしょう。これを別表4の栄養ケアモニタリング表を参考に記録して、必要に応じて計画を変更します。モニタリングの項目にはできるだけ簡便且つ有意義な情報を提示しました。

(3) 身体・知的障害者に対する在宅栄養支援

主に自発的食欲の低下あるいは摂食・嚥下機能障害を有するケースで、低栄養が懸念されます。また、若年の知的障害を有する方においては、過食による肥満、糖尿病、脂質異常症が多いとされその対応が課題とされています。

低栄養、過栄養のいずれの場合でも、サポートの期間は非常に長期となるので、組織や体制の整備のもとしっかりとした介入が継続されることが求められます。但し、各地域における比較的若年の在宅サポート対象者は、高齢の低栄養・低栄養リスク保有者に比し圧倒的に数が少ないのが現状です。そこで、在宅障害者への栄養サポートについて、本マニュアルの『2. 地域の状況に応じた栄養サポート体制』に挙げたような組織が広い年齢層をカバーする意識を持ち、組織の役割を保健所や行政機関に働きかけておくことが求められます。また、組織立ち上げの準備段階において、長期ケアが最も必要な若年障害者への支援の観点で、保健所、社会福祉協議会あるいは障害者施設の協力のもと介入対象者の候補を挙げることが望ましいでしょう。

その際、対象者のライフステージごとに、さらに対象者の一日の生活のリズム等も勘案して、その時々で誰が関わっているのか、その人は栄養面でのサポートが期待できるのか（期待すべきか）等を整理し、連携体制を構築していく必要があります。特に若年の障害者の場合においては、上記の通り、サポートの期間が非常に長期となるので、切れ目のないサポート体制を構築できるよう、関係機関が連携していく必要があります。

一方、地域にこのような在宅支援組織がない場合、かかりつけ医や保健師が栄養支援のキーパーソンとなり、基本的には、本マニュアルの『3 (2) 嚥下障害を有する在宅症例』のなかに示されたような手順で支援体制づくりを図るべきでしょう。栄養スクリーニングのうえ必要な連携を図り、アセスメント、ケアプランの策定、経過のモニタリングへと進んでいきます。近隣の総合病院のNSTと連携するのが最も効率的ではないでしょうか。

別表 1 栄養スクリーニング表

在宅支援のための栄養スクリーニング

平成21年2月 国診協 地域ケア委員会NSS・NST部会

基本情報

ふりがな	生年月日: 年 月 日	番号:
氏名:	年齢: _____ 歳	性別: 男・女
職業: ()	<input type="checkbox"/> 無	
療養環境	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設入所(施設名: _____) <input type="checkbox"/> その他(_____)	
要介護区分	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5
ケアマネジャー	_____	
障害区分	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的 (_____)	障害者施設
治療中の疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他(_____) 医療機関名(_____)	
NSTの関与	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→(施設名: _____)	
管理栄養士・栄養士の関与	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→(氏名: _____) 施設: _____	
在宅生活における問題点	在宅支援は退院・退所後の継続か? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

栄養状態

現在の状況	平成 年 月 日
身長	_____ cm
体重	_____ kg
BMI	_____ kg/m ²
体重変動率	_____ ヶ月に _____ % (減少・増加)
血清アルブミン値	_____ g/dl 平成 年 月 日
食事摂取量	_____ %
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

低栄養のリスク判定

<input type="checkbox"/> 低リスク	<input type="checkbox"/> 中リスク	<input type="checkbox"/> 高リスク
<input type="checkbox"/> 18.5~29.9	<input type="checkbox"/> 18.5未満	<input type="checkbox"/> 18.5未満
<input type="checkbox"/> 3%未満減少	<input type="checkbox"/> 1か月に3~5%未満	<input type="checkbox"/> 1か月に5%以上
	<input type="checkbox"/> 3か月に3~7.5%未満	<input type="checkbox"/> 3か月に7.5%以上
	<input type="checkbox"/> 6か月に3~10%未満	<input type="checkbox"/> 6か月に10%以上
<input type="checkbox"/> 3.6g/dl以上	<input type="checkbox"/> 3.0~3.5g/dl	<input type="checkbox"/> 3.0g/dl未満
<input type="checkbox"/> 比較的良好(76~100%)	<input type="checkbox"/> 不良(75%以下)	
	<input type="checkbox"/> 褥瘡あり	

食事の情報

(※経口摂取困難の場合 → 経口摂取なし 経管栄養 静脈栄養)

嗜好状況	_____		
禁忌	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)	アレルギー	_____
治療食の指示	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)	摂食環境	<input type="checkbox"/> 椅子 <input type="checkbox"/> 座卓 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド
摂食行為	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
食事の形態	●主食: <input type="checkbox"/> 硬飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> パン ●副食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やわらかめ <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー ●水分のトロミ: <input type="checkbox"/> 必要		
調理者	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ヘルパー関与 <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> その他(_____)		

症状及び観察項目

●全身の状態	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 浮腫(_____) <input type="checkbox"/> 皮膚症状(_____) <input type="checkbox"/> 口唇や皮膚の乾燥
●口腔内の状況	<input type="checkbox"/> 歯や歯肉の問題 <input type="checkbox"/> 義歯に関する問題 <input type="checkbox"/> 咀嚼障害 <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> その他(_____)
●嚥下障害	<input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 食事時の咳 <input type="checkbox"/> 喀痰の増加 <input type="checkbox"/> その他(_____)
●消化器症状	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> その他(_____)
●投与中の薬剤	(_____)

【在宅支援のための評価】

1) 必要なサービス
栄養指導 口腔ケア 嚥下機能評価 摂食機能訓練 配食
その他(_____)

2) 栄養支援のキーパーソンの確保 できず 確保(_____)

3) 連絡・相談が必要な施設・機関

<input type="checkbox"/> 医療機関	_____	連絡先	_____
<input type="checkbox"/> 診療所/かかりつけ医	_____	連絡先	_____
<input type="checkbox"/> 歯科診療所/かかりつけ歯科医	_____	連絡先	_____
<input type="checkbox"/> 保健所・保健センター	_____	連絡先	_____
<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	_____	連絡先	_____
<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所	_____	連絡先	_____
<input type="checkbox"/> 居宅サービス提供事業所	_____	連絡先	_____
<input type="checkbox"/> 介護保険施設	_____	連絡先	_____
<input type="checkbox"/> 障害者施設	_____	連絡先	_____
<input type="checkbox"/> その他(_____)	_____	連絡先	_____

記入日:	平成 年 月 日
記入者名:	_____
記入者の所属・職種:	_____
所属	_____
職種	_____
記入者の連絡先	_____
tel:	_____
e-mail:	_____

別表 2 栄養アセスメント表

在宅支援のための栄養アセスメント

平成21年2月 国診協 地域ケア委員会 NSS・NST部会

ふりがな 氏名:	生年月日: 年 月 日	要介護区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
	年齢: 歳	障害区分	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的 ()
番号:	性別: 男・女	摂食行為	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()
連携施設・機関: <input type="checkbox"/> 保健所() <input type="checkbox"/> 行政機関() <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所() <input type="checkbox"/> 介護保健施設() <input type="checkbox"/> その他の連携施設 []			
		かかりつけ医	投与中の薬剤:

身体計測

身長	cm
体重(理想体重)	kg(kg)
下腿周囲長	cm
上腕周囲長	cm
上腕皮脂厚	mm
上腕筋面積	cm ²
握力(利き手)	kg

臨床検査(年 月 日実施)

血清アルブミン	g/dl	肝機能検査 <input type="checkbox"/> 異常なし	
ヘモグロビン	g/dl	<input type="checkbox"/> 異常→()	
血糖値	mg/dl	Na	
総コレステロール	mg/dl	K	
TG	mg/dl	Ca	
BUN	mg/dl	HbA1c	%
クレアチニン	mg/dl		

口腔機能:
嚥下機能:

必要栄養量

エネルギー消費量	kcal
必要総エネルギー量	kcal
蛋白質量	g
水分量	ml

栄養摂取量 (※口経管栄養)

食事	主食・副食	%・%
	エネルギー	kcal
	蛋白質	g
	水分	ml
栄養補助食品	種類	
	量	
	エネルギー	kcal
	蛋白質	g
間食	種類	
	量	
	エネルギー	kcal
	蛋白質	g
合計	エネルギー	kcal
	蛋白質	g
	水分	ml

食事形態の評価:
栄養補給法:
管理栄養士の意見:
他職種の意見:
家族の状況:
家族の意向:
【総合評価】
・エネルギー
・栄養素・水分
・形態
・調理
・その他

記入日	平成 年 月 日	記入者の所属	職種
記入者		連絡先	

別表 3 栄養ケア計画書

在宅支援のための **栄養ケア計画書**

作成者		作成日	年 月 日	作成者の 所属・職種	所属:	職種:
氏名		番号		年齢	才	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

体重	kg	身長	cm	BMI	Kg/m ²	口腔機能 の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	嚥下機能 の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
----	----	----	----	-----	-------------------	-------------	--	-------------	--

栄養法 経口摂取 経管栄養 静脈栄養

●主食:硬飯 軟飯 粥 パン ●副食:普通 やわらかめ キザミ ミキサー ●水分:トロミ要

経管・静脈栄養の内容:

課題 栄養に 関する	-----

必要栄養量		提供される栄養量		喫食率	摂取栄養量		嗜好品・追加	
エネルギー	kcal	エネルギー	kcal		エネルギー	kcal	エネルギー	
蛋白質	g	蛋白質	g		蛋白質	g	蛋白質	
水分	ml	水分	ml		水分	ml	水分	

●栄養ケア計画の立案

長期的目標	
-------	--

短期的目標	栄養ケア計画	担当者	期 間

かかりつけ医の確認 上記の対応を承諾します。	本人及び家族の承諾 上記の内容を承諾します。
医師署名	署名: 本人 家族 続柄()

別表4 栄養ケアモニタリング表

栄養ケアモニタリング表

患者氏名:	番号:	生年月日: M・T・S	歳	男・女	要介護区分/ 要支援:1・2 要介護:1・2・3・4・5
在宅介護者:		住所:	電話番号: () -		障害区分/ 身体・精神・知的
診断名:		使用薬剤:			ケア・マネージャー:
かかりつけ医:		身長: cm			障害者施設:

項目	記入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	記入者				
症状・所見	食事に対する満足	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> 不明
	ADL	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベット上	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベット上	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベット上	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベット上
	浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	症状	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 症状なし
食事内容	摂取経路	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管
	指示カロリー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(kcal)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(kcal)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(kcal)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(kcal)
	水分・蛋白質	水分: ml 蛋白質: g	水分: ml 蛋白質: g	水分: ml 蛋白質: g	水分: ml 蛋白質: g
	主食	<input type="checkbox"/> 飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 粥ミキサー	<input type="checkbox"/> 飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 粥ミキサー	<input type="checkbox"/> 飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 粥ミキサー	<input type="checkbox"/> 飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 粥ミキサー
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 柔らかめ <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 柔らかめ <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 柔らかめ <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 柔らかめ <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー
	喫食率	主食: % 副食: %	主食: % 副食: %	主食: % 副食: %	主食: % 副食: %
	トロミ	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要(種類:)	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要(種類:)	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要(種類:)	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要(種類:)
	介助	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要
嚥下機能	食事時間	<input type="checkbox"/> 30分未満 <input type="checkbox"/> 30分以上	<input type="checkbox"/> 30分未満 <input type="checkbox"/> 30分以上	<input type="checkbox"/> 30分未満 <input type="checkbox"/> 30分以上	<input type="checkbox"/> 30分未満 <input type="checkbox"/> 30分以上
	ムセの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> 頻繁にあり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> 頻繁にあり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> 頻繁にあり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> 頻繁にあり
	開口	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良
	咀嚼	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良
	飲み込み	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良
	口腔内の乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> やや有 <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> やや有 <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> やや有 <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> やや有 <input type="checkbox"/> あり
	食事時の姿勢	<input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 臥床(60度・45度・30度・0度)	<input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 臥床(60度・45度・30度・0度)	<input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 臥床(60度・45度・30度・0度)	<input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 臥床(60度・45度・30度・0度)
	VE・VF検査	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済(検査日 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済(検査日 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済(検査日 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済(検査日 年 月 日)
口腔	歯の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(上・約本 下・約本)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(上・約本 下・約本)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(上・約本 下・約本)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(上・約本 下・約本)
	義歯の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あるが使用していない <input type="checkbox"/> あり(上・総 部分 / 下・総 部分)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あるが使用していない <input type="checkbox"/> あり(上・総 部分 / 下・総 部分)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あるが使用していない <input type="checkbox"/> あり(上・総 部分 / 下・総 部分)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あるが使用していない <input type="checkbox"/> あり(上・総 部分 / 下・総 部分)
	汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	傷	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
褥瘡	有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	部位				
身体計測など	体重:		BMI:	体重: kg BMI:	体重: kg BMI:
	T S F(mm):		A C(cm):	T S F(mm): A C(cm):	T S F(mm): A C(cm):
	血清アルブミン(g/dl):		CC(cm):	血清アルブミン(g/dl): CC(cm):	血清アルブミン(g/dl): CC(cm):
	Hb(g/dl):		HbA1c(%):	Hb(g/dl) HbA1c(%):	Hb(g/dl) HbA1c(%):
担当者記入	経過	検討日 年 月 日	検討日 年 月 日	検討日 年 月 日	検討日 年 月 日
	栄養に関する問題点				
計画の変更					
総合評価・コメント					

AC(cm):上腕周囲 TSF(mm):上腕三頭筋皮下脂肪厚 CC(cm):下肢周囲

平成21年2月 国診協 地域ケア委員会 NSS-NST部会

