



地域における栄養サポートシステムの 構築事業 報告書



平成22年3月
社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

【 目 次 】

事業サマリー

第1章 調査研究の概要	1
1. 調査研究の背景と目的	3
(1) 事業の問題意識	3
(2) 目的	4
2. 調査研究の全体像と流れ	5
(1) 栄養サポートシステムの試行	5
(2) 先進地域ヒアリング調査	7
(3) 地域における栄養サポートシステムの構築セミナーの開催	8
3. 実施体制	9
第2章 国保直診の栄養サポートに関する取組状況について	11
1. 国保直診の在宅生活者への栄養サポートの取組に関する調査結果	13
(1) 低栄養の在宅患者への栄養サポートの実施状況	13
(2) 地域資源と連携した栄養サポートへの取組状況	14
(3) 栄養サポートの必要性について	15
(4) 在宅の障害者を対象とした栄養サポートへの取組状況	16
(5) 訪問看護ステーションにおける栄養サポートへの関与の状況	17
2. 障害のある方を対象とした栄養サポートの実態に関する調査	18
(1) 対象となった経緯	18
(2) 地域連携体制の構築に至った背景	18
(3) 連携を取っている機関	19
(4) 連携におけるキーパーソン	19
(5) 情報共有の方法	20
(6) 関与が望まれる職種	20
第3章 先進地域の取組状況にする調査	23
1. ヒアリングの概要	25
(1) ねらい	25
(2) ヒアリング内容	25
(3) ヒアリング対象施設	25
2. 香川県綾川町国保陶病院	26
(1) 取り組みに当たっての課題	26
(2) 取り組みに当たっての方向性	26
(3) 取組の経緯	27
(4) 栄養サポート体制構築に関わった感想	28

(5) 今後の課題	29
3. 熊本県上天草市立上天草総合病院	30
(1) 取り組みに当たっての課題	30
(2) 取り組みに当たっての方向性.....	30
(3) 取組の経緯	31
(4) 栄養サポート体制構築に関わった感想	31
(5) 取り組みに当たっての課題	31
4. 長崎県平戸市国保度島診療所	32
(1) 取り組みに当たっての課題	32
(2) 取り組みに当たっての方向性.....	32
(3) 取組の経緯	33
(4) 栄養サポート体制構築に関わった感想	33
(5) 今後の課題	34
5. 高知県の町立国保仁淀病院	36
(1) 取り組みに当たっての課題	36
(2) 取り組みに当たっての方向性.....	36
(3) 取り組みの経緯	37
(4) 栄養サポート体制構築に関わった感想	42
(5) 今後の課題	43
6. 島根県西ノ島町国保浦郷診療所・隠岐広域連合立隠岐島前病院	44
(1) 取り組みに当たっての課題	44
(2) 栄養サポート体制構築に関わった感想	44
(3) 今後の課題	45
7. 大分県姫島村国保診療所	46
(1) 取り組みに当たっての課題	46
(2) 取り組みの方向性.....	46
(3) 取組の経緯	47
(4) 今後の課題	47
第4章 栄養サポート体制構築の手引き	49
1. はじめに	51
2. 地域の状況に応じた在宅栄養サポート体制	53
(1) 社会資源が集約された地域	55
(2) 社会資源が豊富で分散する地域	58
(3) 社会資源が少ない地域	60
(4) 症例情報の記録と共有のためのツール	61
(5) 地域住民への啓蒙.....	62
(6) “顔の見える” 地域連携づくりのための勉強会の工夫	63

3. 対象の特性に応じたサポートの実践.....	68
(1) 退院後の支援継続を要する症例.....	68
(2) 摂食・嚥下障害を有する在宅症例.....	74
(3) 身体・知的障害者に対する在宅栄養支援.....	79
第5章 栄養サポートへの取組に関する具体的検討.....	85
1. セミナーによるグループワークの概要.....	87
(1) セミナーの実施概要.....	87
(2) グループワークの形式.....	87
(3) グループワークの内容.....	88
2. グループワークにおける検討結果.....	89
(1) テーマ i 「病院における地域の栄養サポート体制構築」.....	89
(2) テーマ ii 「診療所における地域の栄養サポート体制構築」.....	90
(3) 質疑応答.....	93
(4) まとめ.....	95
(5) 総評.....	95
第6章 栄養サポートシステム構築に向けた課題.....	97
1. サポートシステム構築の課題.....	99
2. モデル事業を通じた栄養サポートシステム構築の方向性.....	99
資 料 編.....	101

事業サマリー

1. 背景と目的

(1) 事業の問題意識

1) 在宅生活者（在宅療養者）を対象とする栄養サポートへの取組の必要性

院内における NST への取組や退院時の栄養ケアマネジメントについては、その重要性が理解され、取組が進められるようになってきている。しかし、医療機関との関わりが少ない（関わりがない）、もしくは退院してから一定の期間が経過した人々への栄養サポートへの取組は、その必要性や重要性がある程度は認識されているものの、取組が進んでいるとは言いがたい。

したがって、在宅で生活し、栄養サポートを必要としている多くの人々（病気の人もそうでない人も、高齢者も乳幼児・子どもも、障害のある方もない方も）に対する支援の仕組みを構築することが必要である。中でも取組が遅れている、障害者の栄養サポートシステムの構築は、それ以外の在宅生活者を対象とする栄養サポートを大きく前進させるものである。

2) 在宅生活者（在宅療養者）を対象とする栄養サポートへの取組は

キーパーソンの存在の有無や地域資源の状況により様々

平成 20 年度実施した「地域における栄養サポートシステムの構築」におけるアンケート調査では、

- ①在宅生活者を対象とした栄養サポートへの取組が低調であること、
- ②しかし多くの医療機関や介護保険サービス事業所等でその必要性を感じていること、
- ③また取り組まれている場合でも地域資源を活用したネットワークというよりも、

問題意識を持った医師や看護師による単発的な取組となっていること、等が確認できた。

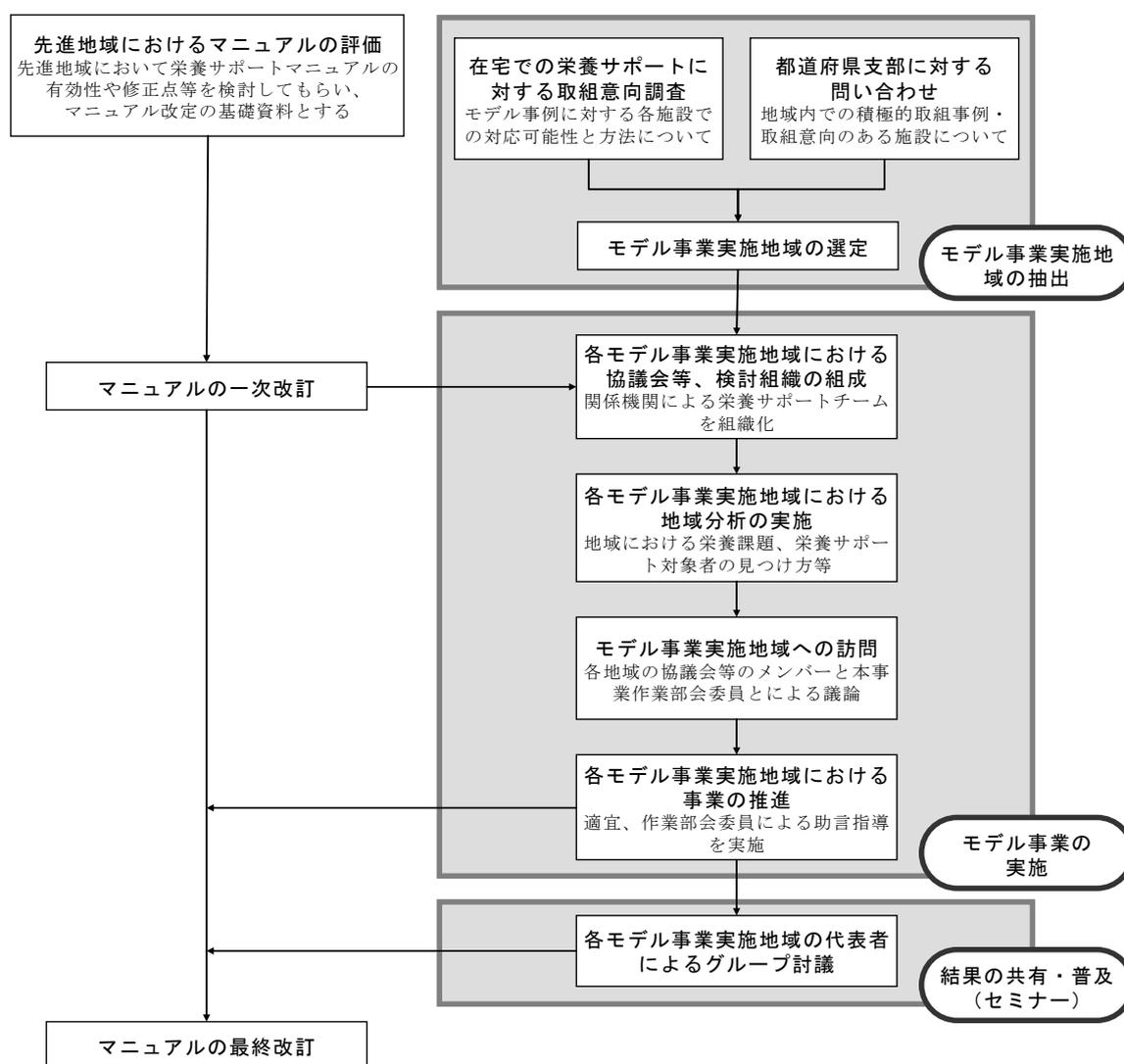
しかし先進事例を対象とした調査からは、医療機関をはじめとして、介護保険サービス事業所、食生活改善推進委員、給食センターやボランティアによる配食サービス提供者等も含めた様々な地域資源がネットワークを構築することにより、これらの取組の継続性やさらなる充実を図ることが可能となることが示された。

このことは、地域資源のネットワーク化によって相互に機能を補完し、取組を進めることが可能となることを表していると考えられる。

(2) 目的

栄養サポートを必要とするすべての人に必要なサービスが提供されるための仕組みの構築を目指し、多くの地域で取り組めるための普及啓発を行う。その際、地域資源への働きかけに注力し、地域全体での関心度合いを向上させ、新たに取組を始める地域に対するアピール材料とする。

そしてこれらの取組を通じて、地域資源が不十分であっても、医療機関や行政、学校保健、障害者施設、障害者支援団体、介護保険サービス事業所、民間事業所、ボランティア等、地域のさまざまな資源をネットワーク化することにより、必ずしも専門職のみに依存しない栄養サポートシステム、相互補完による栄養サポートシステムのモデルを提示する。



2. 事業内容

(1) 栄養サポートシステムの試行

Step1：地域における関係機関の連携の仕組づくり

対象施設が所在する地域において、関係機関が連携を図るための組織を組成してもらう。その際、既に地域内にある組織等において、本事業への取組が可能である場合には、新たに組織を組成する必要はないが、栄養サポートという面からみて既存組織に不足している人材・機関等がある場合には、それらの方々にもお声がけをお願いする。

Step2：地域分析の実施

Step1 で組織したメンバーにより、「施設が所在する地域における地域資源の状況」「現在の連携体制の状況と連携のために必要な条件」「栄養サポート実施上の課題」「対象者の把握方法」等について検討してもらう。

Step3：モデル事業実施に当たっての討議

Step2 の地域分析が終了した段階で、地域分析の結果や、今後の取組方針について、本事業を取組主体である検討会・作業部会委員を交えた議論を行う。

Step4：モデル事業の実施

実際に対象となる在宅生活者を把握し、栄養サポートを実施する。具体的には、摂食・嚥下機能の低下した方や、身体的自立度が高くても独居の高齢者等を想定している。また、事業を進めていただいている過程で、適宜、検討会・作業部会委員による助言・指導を行う。

Step5：モデル事業実施の効果の把握

実際に関わった方々の「意識の変化」「行動の変化」を把握させていただくための簡単なアンケート調査を実施し、その変化をもってモデル事業実施の効果とする。

都道府県	施設名
島根県	西ノ島町国保浦郷診療所 隠岐広域連立立隠岐島前病院
香川県	綾川町国保陶病院
高知県	いの町立国保仁淀病院
長崎県	平戸市国保度島診療所
熊本県	上天草市立上天草総合病院
大分県	姫島村国保診療所

(2) 先進地域ヒアリング調査

1) 調査方法

現地訪問ヒアリング調査

2) 調査期間

平成 21 年 12 月～平成 22 年 3 月

3) 調査目的

モデル事業においては、実際に地域において栄養サポートに当たっての体制作りに取り組んでいるが、その際、どのような阻害要因があり、また逆にどのような効果が得ら

れそうか、等の点について、各関連機関、関連職種に直接話を聞くことを目的として実施した。

4) 調査内容

○地域における栄養サポートへの取組の概要

- ・地域における栄養や食事に関する課題・問題点
- ・栄養サポートに関する地域資源の連携状況
- ・栄養サポートへの取組状況

○地域における連携構築に当たっての方向性

- ・地域として目指すべき（目指していきたい）方向性・今後の連携の方向性
- ・各機関・職種が果たすべき役割・各職種に期待される役割

(3)地域における栄養サポートシステムの構築セミナーの開催

1)開催日時

平成 22 年 2 月 23 日 13:00～16:30 都市センターホテル

2)内容

○事業報告

○グループワーク

「社会資源が少ない地域」における「病院における地域の栄養サポート体制構築」と「診療所における地域の栄養サポート体制構築」に分け、それぞれの地域における対応の方向性について事例を検討。

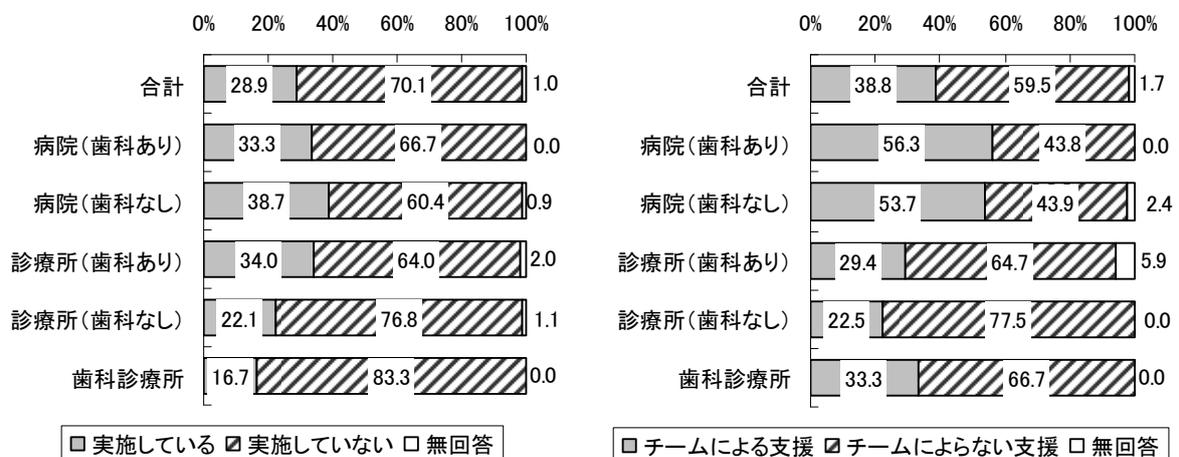
3)参加者数

37 名

3. 結果と考察

(1) 国保直診の栄養サポートに関する取組状況 ※平成 20 年度調査より

低栄養の在宅患者への栄養サポートの実施状況は、全体で約 3 割。また実施している施設の支援体制は、病院ではチームによる支援が半数以上。

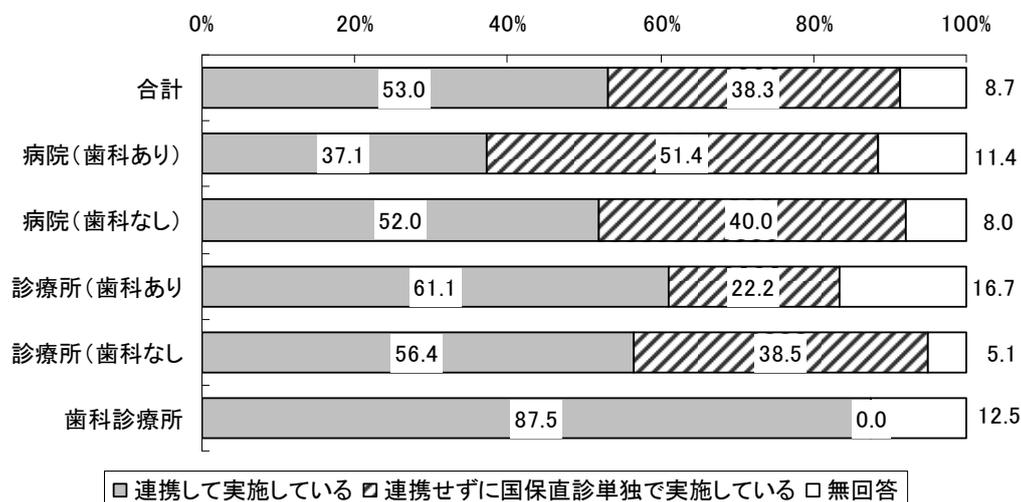


関係している職種をみると、歯科がある施設においては歯科医師や歯科衛生士の関与が2～3割。

関与している職種	医師	歯科医師	保健師	看護師・准看護師	栄養士・管理栄養士	薬剤師	臨床検査技師	歯科衛生士
合計	94.2	13.2	19.8	90.9	51.2	28.9	18.2	14.0
病院（歯科あり）	93.8	31.3	25.0	93.8	81.3	31.3	37.5	37.5
病院（歯科なし）	90.2	7.3	17.1	95.1	73.2	63.4	31.7	4.9
診療所（歯科あり）	100.0	23.5	35.3	88.2	35.3	5.9	0.0	23.5
診療所（歯科なし）	97.5	5.0	12.5	90.0	27.5	2.5	2.5	7.5
歯科診療所	66.7	66.7	33.3	66.7	33.3	33.3	33.3	66.7

関与している職種（続き）	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	ソーシャルワーカー	福祉士・福祉士	精神保健福祉士	ヘルパー	その他	無回答
合計	25.6	10.7	13.2	14.9	0.0	19.8	14.0	0.8	
病院（歯科あり）	31.3	25.0	31.3	18.8	0.0	12.5	12.5	0.0	
病院（歯科なし）	43.9	17.1	19.5	19.5	0.0	9.8	14.6	0.0	
診療所（歯科あり）	17.6	0.0	0.0	11.8	0.0	41.2	23.5	0.0	
診療所（歯科なし）	7.5	2.5	2.5	7.5	0.0	25.0	10.0	0.0	
歯科診療所	33.3	33.3	33.3	33.3	0.0	0.0	33.3	33.3	

栄養改善に関わる市町村事業と連携している施設のうち、他の地域資源と連携した栄養サポートを実施している施設は約5割。施設種類別にみると、診療所の“連携率”が病院の“連携率”を上回る。



(2) モデル事業実施報告 ～取組に当たっての課題～

モデル事業は、主として地域資源が乏しいと考えられる地域（離島等）において実施したが、地域資源が乏しい地域においては、地域がコンパクトにまとまっているが故に、機能的・機動的な連携体制が構築されているケースがみられた。

1)対象者の把握について

- 独居世帯や高齢者のみ世帯では、ご飯と漬物だけ等、偏った食事になりやすいはずだが、このような世帯の実態把握が難しい。
- 健診受診者については課題を発見できるが、今後は、健診未受診者についての把握ができるよう、民生委員や介護予防サポーター等を活用したルートの拡大が必要。
- 栄養に関する教室等の参加者は多いものの、それらに出てこない方へのアプローチが課題。

2)支援のためのプロセスについて

- 低栄養のリスクのある患者の退院時には、家族等に対する栄養指導を行うものの、その後の定期的な評価や訪問指導にまでは至らない。特に高齢者の場合は、ケアマネジャーや訪問看護師から情報を得るケースもあるが、若年障害者等の場合は、定期的に訪問している職種もなく、状態管理が非常に困難。
- いずれにしても、院内NSTが稼動しているような施設においても、単独での取組では限界があるので、栄養サポートに関する関係施設等との“顔の見える”関係構築を進め、栄養サポート体制に取りみ始める必要がある。
- 退院前に、退院後のことを想定してカンファレンスを実施する必要があるが、実際にはなされていない。退院サマリーも作成していないため、栄養面について引き継ぐための書類もない。
- 栄養サポートを地域で取り組んでいくに当たっては、栄養や嚥下障害について評価する知識や技術をもった人材のマンパワーが不足。また相談窓口も明確になっておらず、専門職間の情報交換も密ではない。
- 現在は相談窓口が明確でなく、例えば低栄養の利用者をホームヘルパーがどのように対応しているかの情報が、病院等では把握できていない。これまでのコミュニケーション不足、面識不足等が影響している。

3)関わりをもつべき地域資源等について

- 家族の協力が不可欠だが、退院時に食事方法を伝達しても、高齢の家族が食事姿勢等を整えるのは困難なケースもある。また、飲み込みが悪くなると、家族にも誤嚥や窒息の不安が生じる。
- 食生活改善推進委員も、必要性は感じるものの、特別な取組には自信がなく、不安をもっている。
- 栄養に関して相談にくる高齢者もいるが、正確な情報の不足、理解不足を感じるし、あまた理解できても生活改善が困難なことも多い（本人に改善の意思なし）。

- これらの取組が発展するためには、関係職種の栄養に対する関心度合いを高めることが不可欠。
- 地域における見守り機能も充実しており、例えば民生委員のところで把握した件については、地域包括支援センターや国保診療所等に情報が伝達される。このように誰かのアンテナにかかる体制ができていることが必要。
- 近所づきあいの中での“おっそわけ”も、地域の中での関わりとしては非常に重要だが、あわせて、きちんとした“仕組”を構築していくことが課題。
- 担当の看護師や介護職が集まり、身体・精神状態や日々の生活習慣等の情報を交換し、全員で問題点や原因を見極め、対応していくことが必要。
- 地域資源はある程度あるものの、それらの連携も不十分だった。集まる場もなかったもので、連携も取れなかった。今後は、「顔が見えて、名前を覚えて、お願いします」という連携がスムーズに行くよう、医師が既存の会議に積極的に参加し、そのような場で意識啓発も図りながら、連携体制の構築に取り組んでいく必要がある。
- 多くの職種で共通認識をもって取り組んでいくためには、「低栄養」「過栄養」の概念の統一、スクリーニングやアセスメント、モニタリングのためのツールが必要。

(3) 栄養サポートセミナーの開催

検討事例：要介護者の栄養リスクと介護力の低下

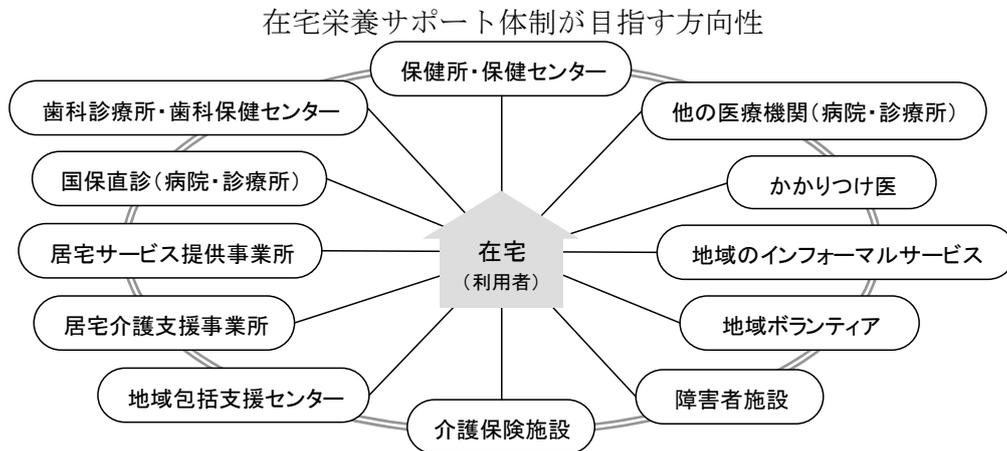
80歳の夫と72歳の妻の二人暮らし世帯。72歳の妻は脳梗塞後遺症で右片麻痺、嚥下障害を有し、廃用症候群のため歩行困難である。妻は部分義歯を使用しており、ある程度口腔機能が残存している。夫が調理と食事介助をしている。妻には水分に増粘剤が必要である。最近、夫のADLの低下傾向がみられ、買い出しと調理が多少困難となった。水分に増粘剤を入れるのを忘れることが再々である。妻の部分義歯の洗浄や残歯の歯磨きを全くせず、口腔内は不潔な状態で放置されるようになった。地域の歯科開業医は、理解に乏しいと仮定する。

【取組に当たっての課題】

- 地域における栄養サポートシステムの構築には、連携の工夫がポイントとなる。
 - ・顔の見える関係作り
 - ・学習会やカンファレンスにて共同作業をしていくこと
- 情報や役割のパスを出すだけでなく、パスがどのように動いていくかを学んでいくことが必要である。
- 学習会や研修会の中のテーマを早期発見することが必要である。
- 必要不可欠となるモニタリング項目についても、だれが管理を行うか、役割をうまくパスしていくべきである。

(4) 栄養サポート体制構築の手引きの改定

栄養サポート体制の構築は、当然、栄養サポートに重点がおかれたものではあるが、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、体系的に提供されることを目指したもの。

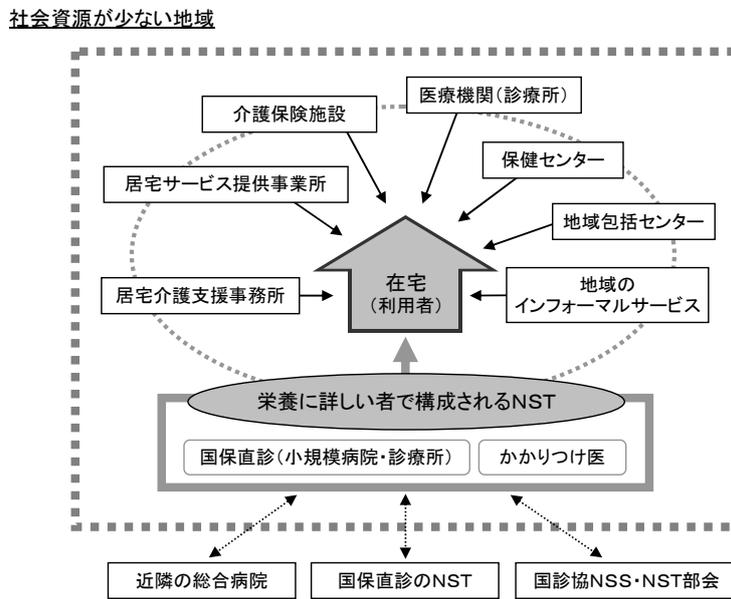
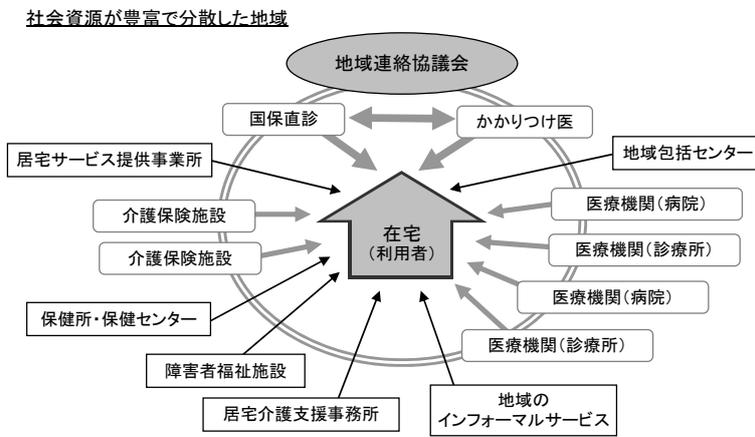
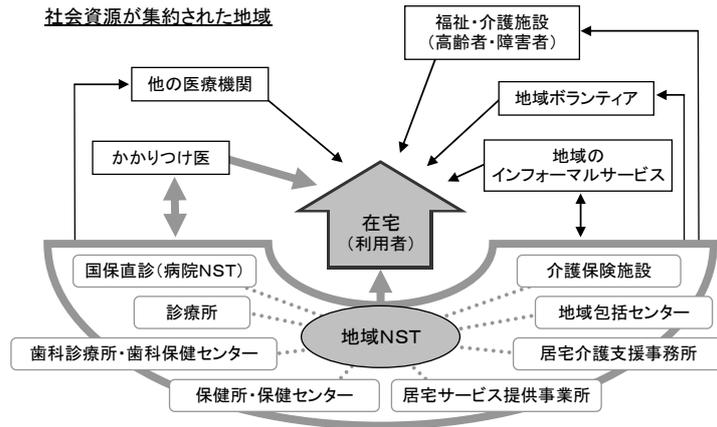


ただし、社会資源の状況は地域によって異なることから、今回作成した手引きではおおまかに、①国保直診にみられるような中核的病院を中心に介護・保健・福祉施設が集約される地域、②社会資源が比較的豊富で施設が分散する地域、③地域資源が比較的乏しい地域、に分類し、これらの地域において取り組みが進みやすいと思われるサポート体制のあり方を提示。

さらに、今年度のモデル事業を通して、下記の点について加筆・修正。

- ①社会資源の少ない地域での機能的な地域ケア体制について
- ②住民啓発や連携促進のための勉強会の工夫について

「手引き」で示した3つの地域類型



(5) 考察

1) サポートシステム構築の課題

多くの施設で、在宅生活者全般を対象とした栄養サポートシステムの構築への取組意向はあるものの、取組に当たっては、人材不足が阻害要因となっている。平成20年度に実施したアンケート調査結果をみても、栄養サポートシステムが「必要ない」とする施設は3.8%に過ぎないが、「必要と思うが施設の事情により困難な状況」(64.8%)、「必要とは思いますがチームによる関わりは難しい」(19.1%)とする施設が多く、「実施に向けて前向きに検討したい」とする施設は約2割程度(19.8%)。

2) モデル事業を通じた栄養サポートシステム構築の方向性

栄養サポートがカバーする領域は多岐に及ぶため、関係機関・関係者も多岐に及ぶ。したがって、まず「集まり」「顔を合わせる」ことができず、結果的に取組意向はあっても取組が進んでいなかった。

しかし、モデル事業を通して、これまで連携の薄かった関係機関にも声をかけ、相互に果たし得る役割等を話し合うことにより、相互に顔のみえる関係を構築し、それぞれが把握した情報を共有していくことが可能となった。

実際、社会資源の少ない地域では、機能的な地域ケア体制が構築されていたり、また専門職種が少ないが故に、相互に役割分担を図っていこうという機運が生まれ始めた地域もある。

これらの取組を継続させるためにはキーパーソンが必要となるが、社会資源が少ないが故に、キーパーソンが十分にその役割を果たすためには、“キーパーソンをサポートする”体制の整備が必要。

また、今回のモデル事業を通して、栄養サポートシステムに関するいくつかのモデル・取組の方向性を見出すことができた。

- ① 院内NSTが地域に出て行くことにより地域内の栄養サポート体制を構築
- ② 住民に身近に接している民生委員や生きがい事業の世話人等を通じて住民を啓蒙
- ③ 専門職種が極めて少ない地域においては予防及び「できること」に注力
- ④ 地域資源が限られている地域では逆に機能的な地域ケア体制を構築

今後、各地域で栄養サポート体制を構築していくに当たっては、これらの様々なモデルを参考にし、自らの地域にカスタマイズしていくことが必要。

第 1 章

調査研究の概要

(第 1 章表紙裏)

1. 調査研究の背景と目的

(1) 事業の問題意識

在宅生活者（在宅療養者）を対象とする栄養サポートへの取組の必要性

院内における NST への取組や退院時の栄養ケアマネジメントについては、その重要性が理解され、取組が進められるようになってきている。しかし、医療機関との関わりが少ない（関わりがない）、もしくは退院してから一定の期間が経過した人々への栄養サポートへの取組は、その必要性や重要性がある程度は認識されているものの、取組が進んでいるとは言いがたい。

したがって、在宅で生活し、栄養サポートを必要としている多くの人々（病気の人もそうでない人も、高齢者も乳幼児・子どもも、障害のある方もない方も）に対する支援の仕組みを構築することが必要である。中でも取組が遅れている、障害者の栄養サポートシステムの構築は、それ以外の在宅生活者を対象とする栄養サポートを大きく前進させるものである。

在宅生活者（在宅療養者）を対象とする栄養サポートへの取組は

キーパーソンの存在の有無や地域資源の状況により様々

平成 20 年度実施した「地域における栄養サポートシステムの構築」におけるアンケート調査では、

- ①在宅生活者を対象とした栄養サポートへの取組が低調であること、
- ②しかし多くの医療機関や介護保険サービス事業所等でその必要性を感じていること、
- ③また取り組まれている場合でも地域資源を活用したネットワークというよりも、
問題意識を持った医師や看護師による単発的な取組となっていること、
等が確認できた。

しかし先進事例を対象とした調査からは、医療機関をはじめとして、介護保険サービス事業所、食生活改善推進委員、給食センターやボランティアによる配食サービス提供者等も含めた様々な地域資源がネットワークを構築することにより、これらの取組の継続性やさらなる充実を図ることが可能となることが示された。

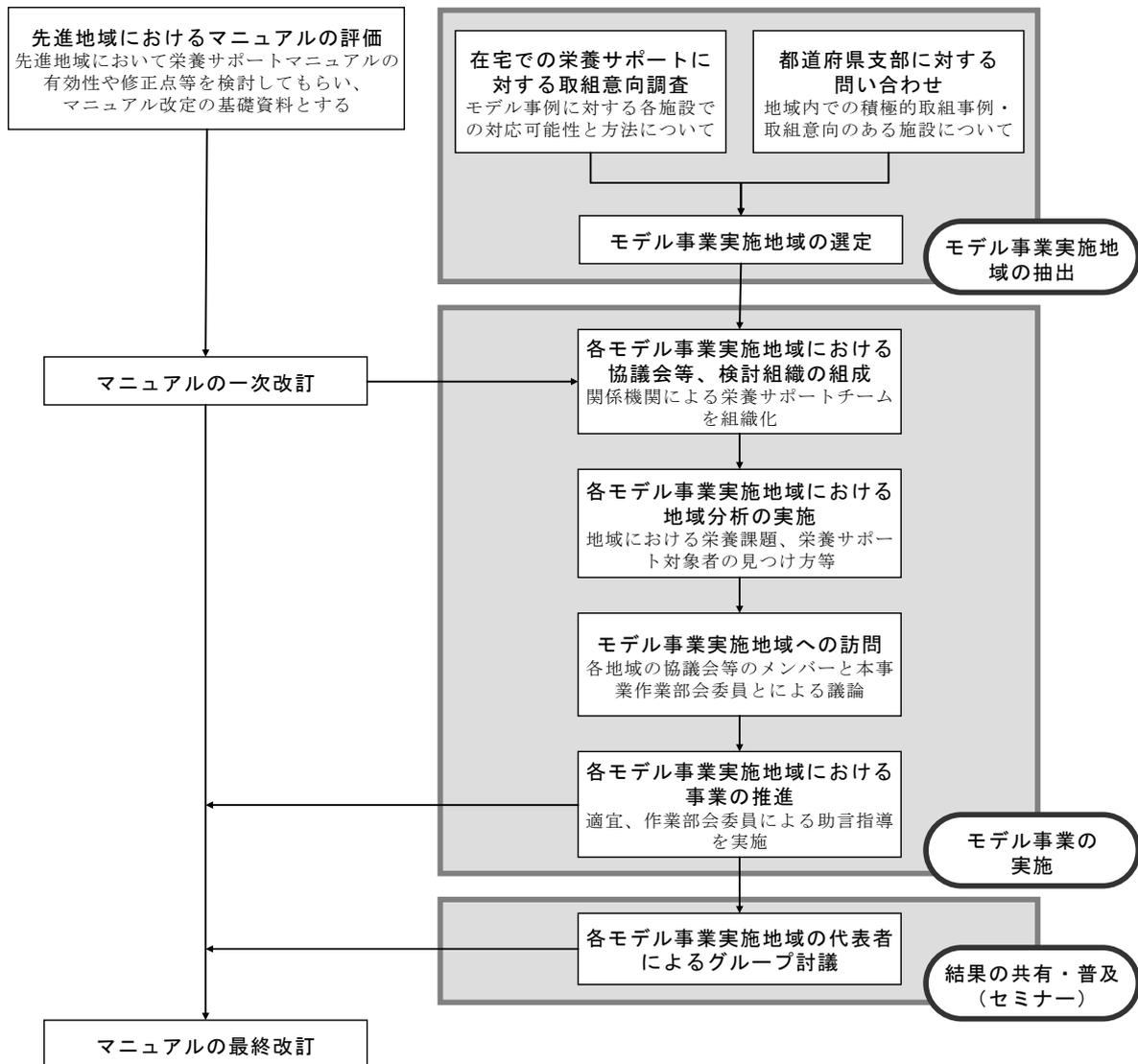
このことは、地域資源のネットワーク化によって相互に機能を補完し、取組を進めることが可能となることを表していると考えられる。

(2) 目的

栄養サポートを必要とするすべての人に必要なサービスが提供されるための仕組みの構築を目指し、多くの地域で取り組めるための普及啓発を行う。その際、地域資源への働きかけに注力し、地域全体での関心度合いを向上させ、実際に関わっている職種の「意識の変化」「行動の変化」「対象者の状態の改善」という視点での評価を行い、新たに取り組を始める地域に対するアピール材料とする。

そしてこれらの取組を通じて、地域資源が不十分であっても、医療機関や行政、学校保健、障害者施設、障害者支援団体、介護保険サービス事業所、民間事業所、ボランティア等、地域のさまざまな資源をネットワーク化することにより、必ずしも専門職のみに依存しない栄養サポートシステム、相互補完による栄養サポートシステムのモデルを提示する。

2. 調査研究の全体像と流れ



(1) 栄養サポートシステムの試行

Step1：地域における関係機関の連携の仕組づくり

対象施設が所在する地域において、関係機関が連携を図るための組織を組成してもらう。その際、既に地域内にある組織等において、本事業への取組が可能である場合には、新たに組織を組成する必要はないが、栄養サポートという面からみて既存組織に不足している人材・機関等がある場合には、それらの方々にもお声がけをお願いする。

Step2：地域分析の実施

Step1 で組織したメンバーにより、「施設が所在する地域における地域資源の状況」「現在の連携体制の状況と連携のために必要な条件」「栄養サポート実施上の課題」「対象者の把握方法」等について検討してもらう。

Step3：モデル事業実施に当たっての討議

Step2 の地域分析が終了した段階で、地域分析の結果や、今後の取組方針について、本事業を取組主体である検討会・作業部会委員を交えた議論を行う。

Step4：モデル事業の実施

実際に対象となる在宅生活者を把握し、栄養サポートを実施する。具体的には、摂食・嚥下機能の低下した方や、身体的自立度が高くても独居の高齢者等を想定している。また、事業を進めていただいている過程で、適宜、検討会・作業部会委員による助言・指導を行う。

Step5：モデル事業実施の効果の把握

実際に関わった方々の「意識の変化」「行動の変化」を把握させていただくための簡単なアンケート調査を実施し、その変化をもってモデル事業実施の効果とする。

モデル事業実施施設

都道府県	施設名
島根県	西ノ島町国保浦郷診療所 隠岐広域連立立隠岐島前病院
香川県	綾川町国保陶病院
高知県	いの町立国保仁淀病院
長崎県	平戸市国保度島診療所
熊本県	上天草市立上天草総合病院
大分県	姫島村国保診療所

(2) 先進地域ヒアリング調査

【調査方法】

現地訪問ヒアリング調査

【調査期間】

平成 21 年 12 月～平成 22 年 3 月

【調査目的】

モデル事業においては、実際に地域において栄養サポートに当たっての体制作りに取り組んでいるが、その際、どのような阻害要因があり、また逆にどのような効果が得られそうか、等の点について、各関連機関、関連職種に直接話を聞くことを目的として実施した。

【調査内容】

○地域における栄養サポートへの取組の概要

- ・地域における栄養や食事に関する課題・問題点
- ・栄養サポートに関する地域資源の連携状況
- ・栄養サポートへの取組状況

○地域における連携構築に当たっての方向性

- ・地域として目指すべき（目指していきたい）方向性・今後の連携の方向性
- ・各機関・職種が果たすべき役割・各職種に期待される役割

【調査対象】

- 香川県綾川町国保陶病院
- 熊本県上天草市立上天草総合病院
- 長崎県平戸市国保度島診療所
- 高知県いの町立国保仁淀病院
- 島根県西ノ島町国保浦郷診療所・隠岐広域連合立隠岐島前病院
- 大分県姫島村国保診療所

(訪問順)

(3) 地域における栄養サポートシステムの構築セミナーの開催

【開催日時】

平成 22 年 2 月 23 日 13:00～16:30

【内 容】

○事業報告

○グループワーク

「社会資源が少ない地域」における「病院における地域の栄養サポート体制構築」「診療所における地域の栄養サポート体制構築」分け、それぞれの地域における対応の方向性について事例を検討。

【参加者数】 37 名

3. 実施体制

「地域における栄養サポートシステムの構築検討委員会」ならびに「同 作業部会」の委員構成は以下の通りであった。

地域における栄養サポートシステムの構築検討委員会・同作業部会委員一覧

◇委員会

◎印：委員長

*印：作業部会委員兼任

◎松坂 誠應	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科教授
*井伊 久美子	社団法人日本看護協会常任理事
押淵 徹	国診協副会長／長崎県・国保平戸市民病院長
赤木 重典	京都府・京丹後市立国保久美浜病院副院長
*須藤 みつえ	宮城県・涌谷町町民医療福祉センター管理栄養士
*橋本 陽子	滋賀県・公立甲賀病院看護局長
南 温	岐阜県・郡上市地域医療センター国保和良歯科診療所長
*菅原 由至	広島県・公立みつぎ総合病院外科部長
松浦 喜美夫	高知県・いの町立国保仁淀病院長
大石 典史	長崎県・国保平戸市民病院リハビリテーション科技師長

◇作業部会

松坂 誠應	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科教授
井伊 久美子	社団法人日本看護協会常任理事
須藤 みつえ	宮城県・涌谷町町民医療福祉センター管理栄養士
橋本 陽子	滋賀県・公立甲賀病院看護局長
菅原 由至	広島県・公立みつぎ総合病院外科部長
大原 昌樹	香川県・綾川町国保陶病院長
木村 年秀	香川県・三豊総合病院歯科口腔外科医長
倉永 史俊	広島県・公立みつぎ総合病院リハビリ部技師長

◇事務局

米田 英次	全国国民健康保険診療施設協議会事務局長
鈴木 智弘	全国国民健康保険診療施設協議会
石井 秀和	全国国民健康保険診療施設協議会
植村 靖則	みずほ情報総研株式会社社会経済コンサルティング部
中武 麻衣	みずほ情報総研株式会社社会経済コンサルティング部

(9 頁裏)

第2章

国保直診の栄養サポートに 関する取組状況について

(第 2 章表紙裏)

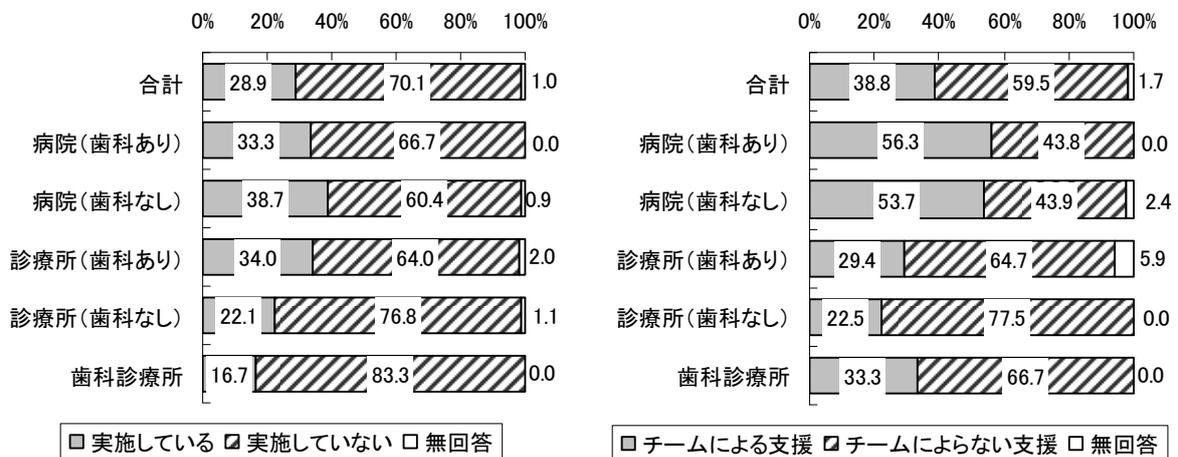
1. 国保直診の在宅生活者への 栄養サポートの取組に関する調査結果

(1) 低栄養の在宅患者への栄養サポートの実施状況

低栄養の在宅患者へ、何らかの形で栄養サポートを実施している施設は約3割である。

また実施している施設について支援体制の内容をみると、病院ではチームによる支援が半数以上となっている。

図表 2-1 在宅患者への栄養サポートの実施の有無と実施体制



さらに関係している職種をみると、歯科がある施設においては歯科医師や歯科衛生士の関与が2~3割となっている。

図表 2-2 栄養サポートに関与している職種

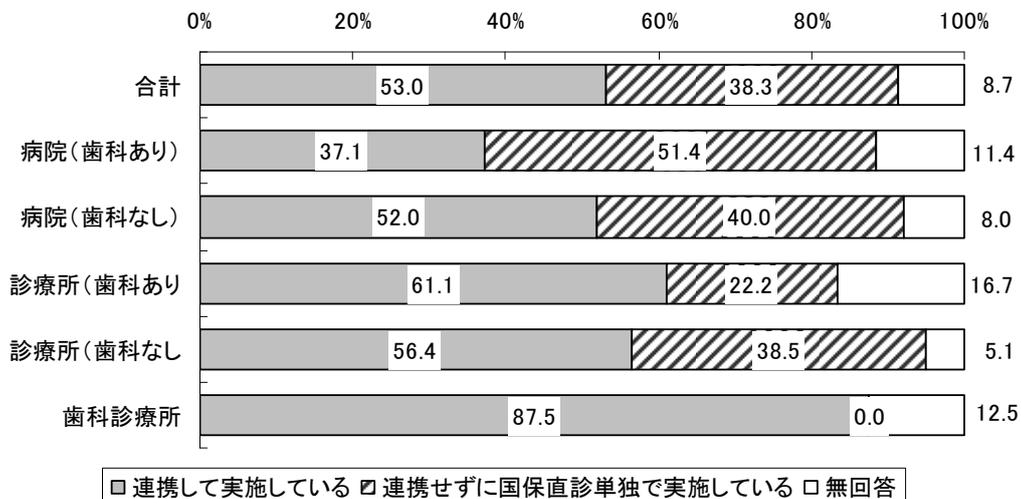
関与している職種	医師	歯科医師	保健師	看護師・准看護師	栄養士・管理栄養士	薬剤師	臨床検査技師	歯科衛生士
合計	94.2	13.2	19.8	90.9	51.2	28.9	18.2	14.0
病院（歯科あり）	93.8	31.3	25.0	93.8	81.3	31.3	37.5	37.5
病院（歯科なし）	90.2	7.3	17.1	95.1	73.2	63.4	31.7	4.9
診療所（歯科あり）	100.0	23.5	35.3	88.2	35.3	5.9	0.0	23.5
診療所（歯科なし）	97.5	5.0	12.5	90.0	27.5	2.5	2.5	7.5
歯科診療所	66.7	66.7	33.3	66.7	33.3	33.3	33.3	66.7

関与している職種（続き）	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	ソーシャルワーカー	精神保健福祉士	ヘルパー	その他	無回答
合計	25.6	10.7	13.2	14.9	0.0	19.8	14.0	0.8
病院（歯科あり）	31.3	25.0	31.3	18.8	0.0	12.5	12.5	0.0
病院（歯科なし）	43.9	17.1	19.5	19.5	0.0	9.8	14.6	0.0
診療所（歯科あり）	17.6	0.0	0.0	11.8	0.0	41.2	23.5	0.0
診療所（歯科なし）	7.5	2.5	2.5	7.5	0.0	25.0	10.0	0.0
歯科診療所	33.3	33.3	33.3	33.3	0.0	0.0	33.3	33.3

（2）地域資源と連携した栄養サポートへの取組状況

栄養改善に関わる市町村事業と連携している施設のうち、他の地域資源と連携した栄養サポートを実施している施設は約 5 割である。これを医療機関種別にみると、診療所の“連携率”が病院の“連携率”を上回っている。

図表 2-3 栄養サポートへの取組における地域資源との連携の有無



また、連携先をみると、民生委員や食生活改善推進委員、住民ボランティアも1割程度の施設で関与している。

図表 2-4 地域資源と連携した栄養サポートにおける連携先

	市町村の保健福祉部門	保健所・保健センター	他の医療機関	訪問看護ステーション	地域包括・在宅	居宅介護支援事業所	介護保険サービス事業所	障害者福祉サービス事業所	民生委員	食生活改善委員	住民ボランティア	その他
合計	54.7	23.1	31.6	44.4	57.3	45.3	49.6	12.0	12.0	8.5	7.7	3.4
病院（歯科あり）	33.3	27.8	38.9	38.9	38.9	50.0	55.6	16.7	5.6	11.1	5.6	16.7
病院（歯科なし）	38.6	29.5	29.5	54.5	63.6	61.4	59.1	18.2	6.8	2.3	6.8	0.0
診療所（歯科あり）	80.0	26.7	46.7	26.7	60.0	33.3	40.0	6.7	20.0	13.3	6.7	0.0
診療所（歯科なし）	74.1	18.5	22.2	51.9	63.0	33.3	33.3	3.7	22.2	14.8	11.1	3.7
歯科診療所	87.5	0.0	50.0	0.0	37.5	12.5	37.5	12.5	12.5	12.5	12.5	0.0

（3）栄養サポートの必要性について

低栄養の在宅患者への栄養サポートを実施していない施設について、その必要性について聞いたところ、半数以上の施設が「必要と思うが施設の事情により困難な状況」という回答であった。約2割の施設が今後の実施意向をもっているが、特に歯科がある病院においては、その割合は46.9%と、他の施設形態と比べて非常に高い割合となっている。

図表 2-5 栄養サポートへの取組意向

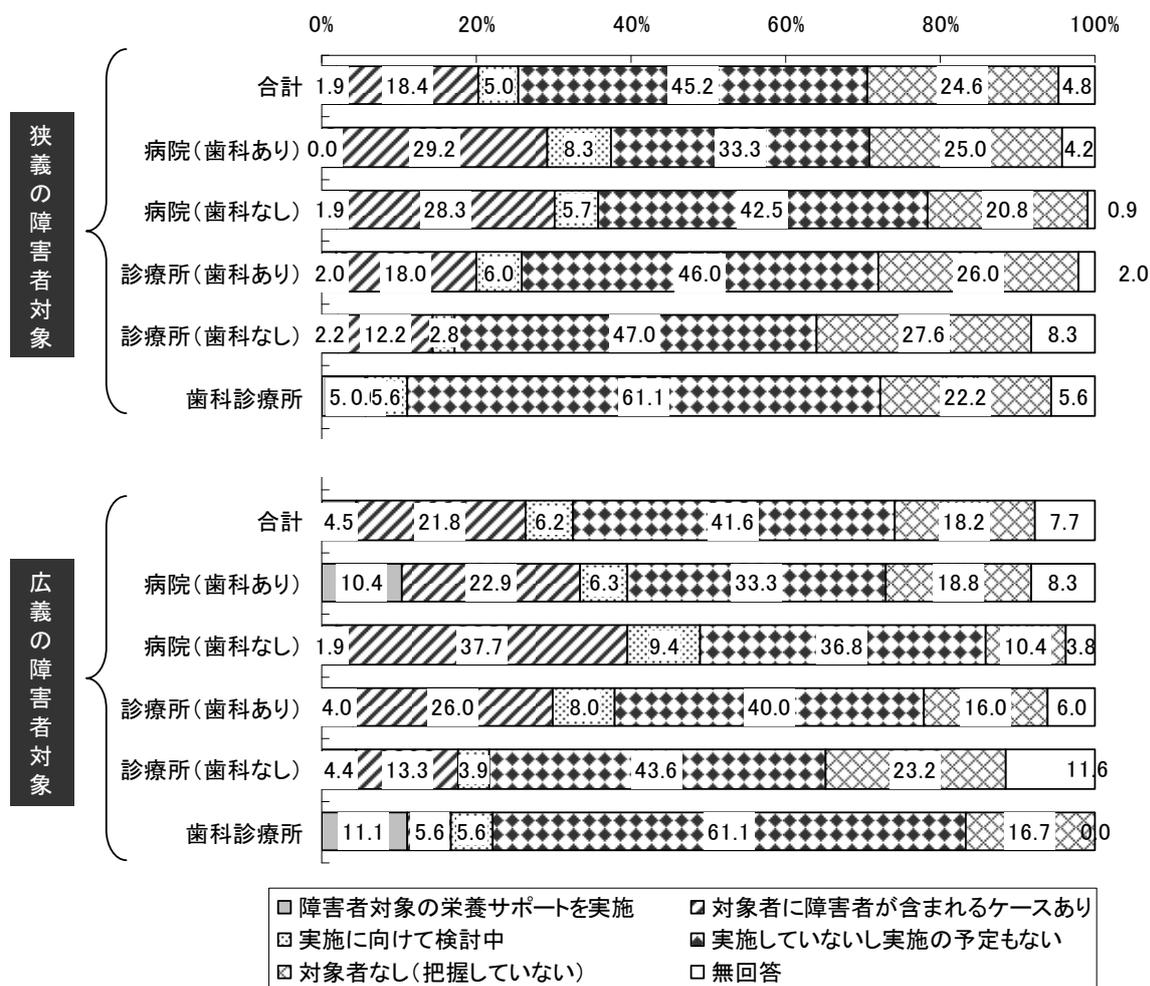
施設形態	全体	必要ない	情必要により思う困難な施設状況	き今後実施に向けた意向	で必要とはわが思はうが難しいチーム	談必管理するであれがでよ医師間に相て	で栄養士が連携するだけ管理	その他	無回答
合計	350	11	190	58	56	4	5	22	4
	100.0	3.8	64.8	19.8	19.1	1.4	1.7	7.5	1.4
施設形態	病院（歯科あり）	44	0	18	15	7	0	4	0
		100.0	0.0	56.3	46.9	21.9	0.0	12.5	0.0
	病院（歯科なし）	81	2	43	17	15	0	3	1
		100.0	3.1	67.2	26.6	23.4	0.0	4.7	1.6
	診療所（歯科あり）	35	1	20	6	6	0	2	0
	100.0	3.1	62.5	18.8	18.8	0.0	6.3	0.0	
診療所（歯科なし）	159	6	93	14	24	3	3	13	3
	100.0	4.3	66.9	10.1	17.3	2.2	2.2	9.4	2.2
歯科診療所	17	1	8	4	3	0	0	1	0
	100.0	6.7	53.3	26.7	20.0	0.0	0.0	6.7	0.0

(4) 在宅の障害者を対象とした栄養サポートへの取組状況

狭義の障害者を対象とした栄養サポートはほとんど取り組まれていない。

しかし、広義の障害者（食に関して何らかの困難を有する者）を対象とした栄養サポートについては、4分の1程度の施設で実施している。ただし、「実施予定なし」も4割超となっている。

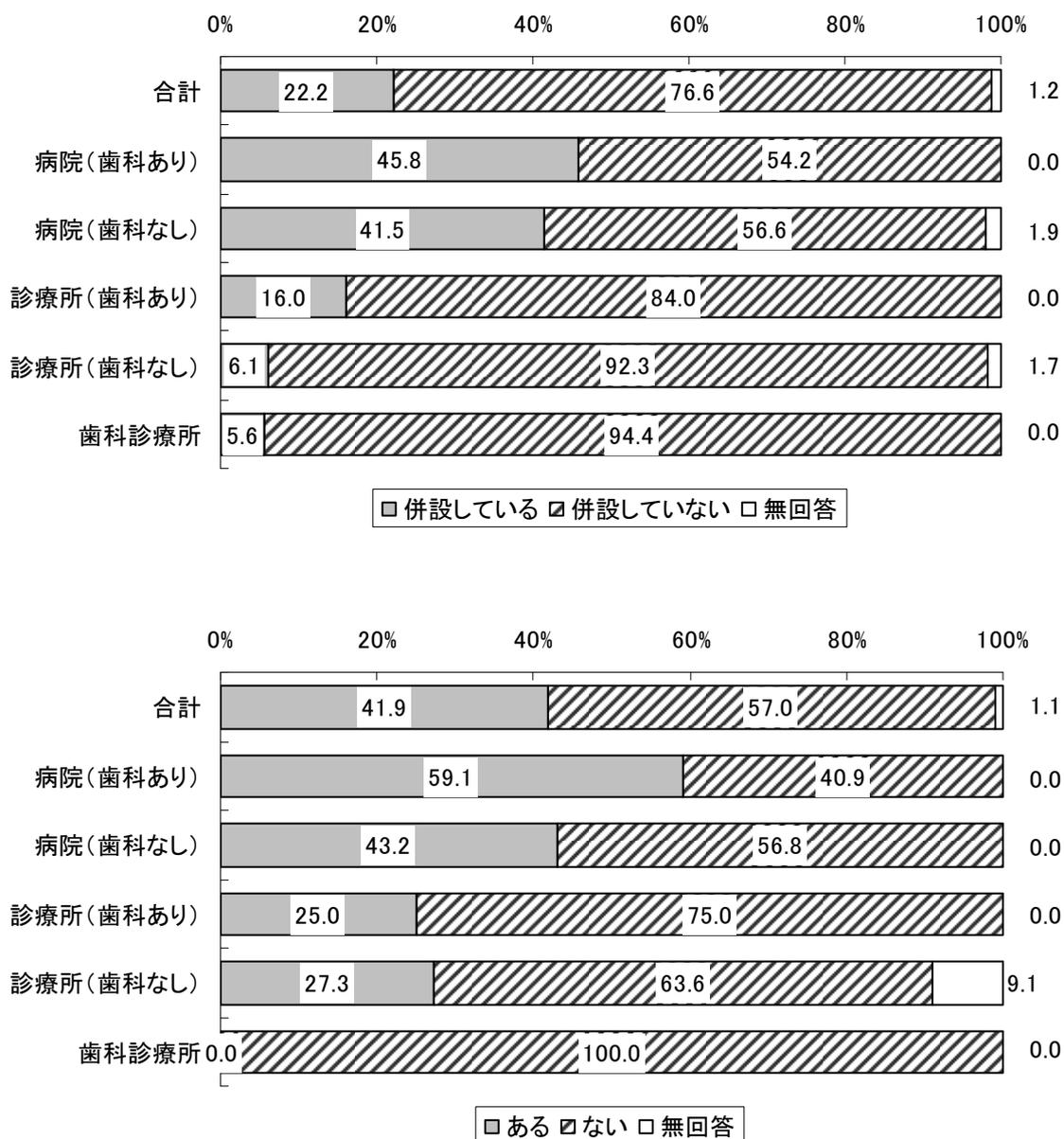
図表 2-6 在宅の障害者を対象とした栄養サポートの実施状況



(5) 訪問看護ステーションにおける栄養サポートへの関与の状況

訪問看護ステーションを併設している病院は4割超であるが、そのうち、栄養サポートを目的とした訪問看護師による訪問を実施している施設は5割程度である。

図表 2-7 訪問看護ステーション併設の有無（上段）と
栄養サポートを目的とした訪問看護師訪問の有無（下段）



2. 障害のある方を対象とした 栄養サポートの実態に関する調査

(1) 対象となった経緯

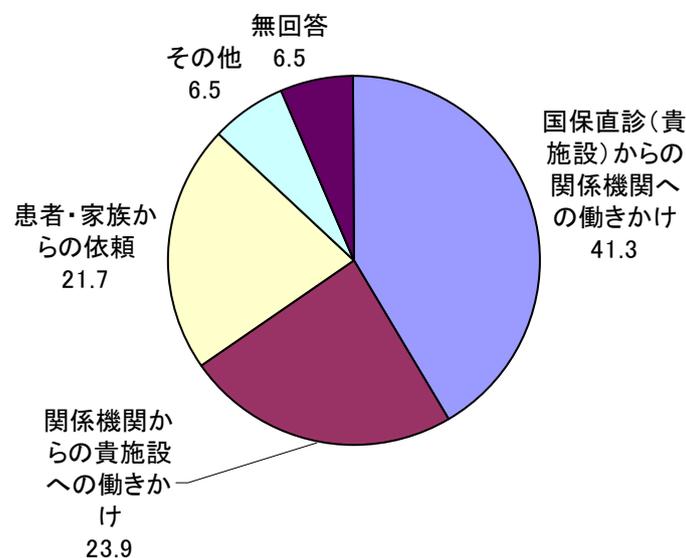
対象となった経緯をみると、46 事例中、「当院の退院患者」が半数の 23 事例であり、「訪問看護ステーションからの依頼等への対応」が 5 例、「その他」が 12 例であった。

この「その他」12 例の内容をみると、「他院からの紹介」がほとんどであった。

(2) 地域連携体制の構築に至った背景

地域連携体制の構築に至った背景については、「国保直診（貴施設）からの関係機関への働きかけ」が 19 事例、「関係機関からの貴施設への働きかけ」が 11 事例、「患者・家族からの依頼」が 10 事例、「その他」が 3 事例であり、必ずしも国保直診からの働きかけばかりでなく、日頃の地域資源との関係の中から、連携体制が構築されているケースも多いことが伺える。

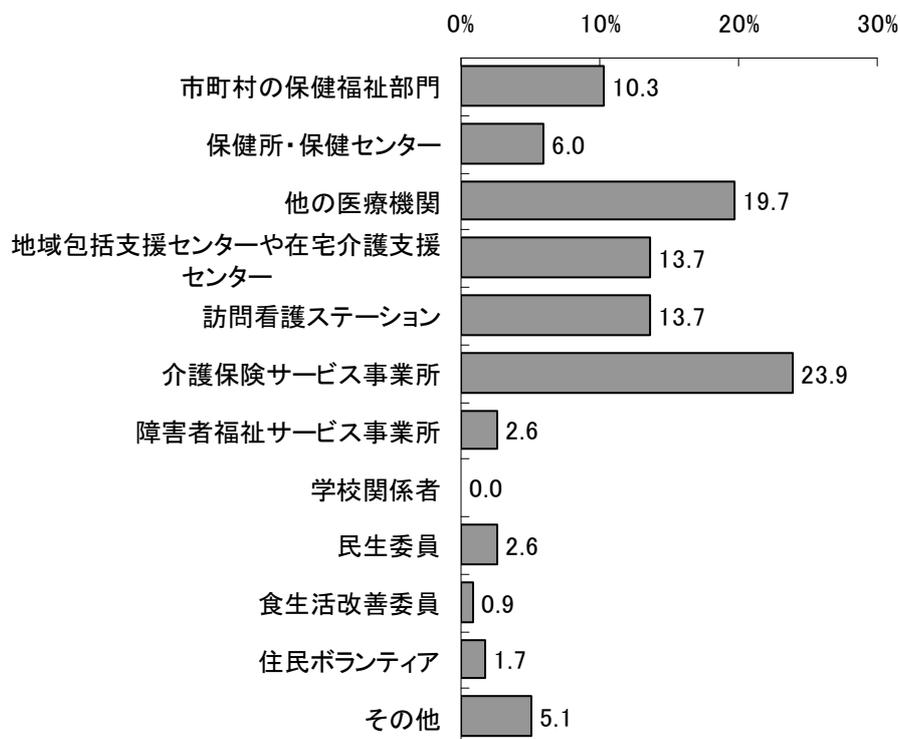
図表 2-8 地域連携体制の構築に至った背景



(3) 連携を取っている機関

連携を取っている機関をみると、高齢者の事例が多かったこともあり、「介護保険サービス事業所」が最も多く（23.9%）、次いで「他の医療機関」（19.7%）となっている。

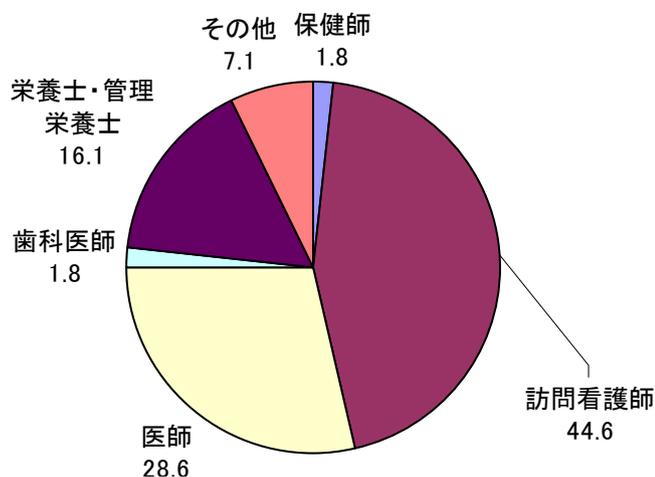
図表 2-9 連携を取っている機関



(4) 連携におけるキーパーソン

連携におけるキーパーソンについては、「訪問看護師」が最も多く（44.6%）、次いで「医師」（28.6%）、「栄養士・管理栄養士」（16.1%）となっている。

図表 2-10 連携におけるキーパーソン



(5) 情報共有の方法

情報共有の方法については、大半が「口頭での必要事項の伝達」であるが、「その他」の方法として、在宅NST会議の開催を挙げている施設も1施設あった。

(6) 関与が望まれる職種

<p>今回のケースのように介護保険外の在宅療養者の栄養サポート体制（管理栄養士の関わり）が構築できたら良いと思われる。現在、栄養上の具体的な指導を行なう主体が明確でない。家人と関わりが深いのは訪問看護師で比較的状况を把握している身近な存在であるため、主治医と連携を図ったり、院内のNSTにかけて栄養サポートしている状況である。</p>
<p>他の医療機関が主治医であると連携が密にとりにくく、緊急性がないと直接に連絡するには至らない。そのため、栄養評価をどのようにしているのか十分把握できていない。管理していく上で、そのような情報も把握できていると訪問時にもっと関心を向けて情報収集・アセスメントが行なえると思う。</p>
<p>訪問リハビリ（理学療法士）、訪問入浴介助（居宅サービス事業者）</p>
<p>在宅では療養者や家族の生活スタイルが重視されるため、また、実施主体が療養者・家族であるため、積極的にNSTが介入したり、こちらが思うように改善していくことは現実的に難しい。必要な時に相談にのり、こういった方法があるというアドバイスまではできるが、それを実行するかどうかは療養者・家族の意思次第になる。その意思を尊重した上で、訪問診察・看護時に何ができるかを考え、引き続き取り組んでいく必要がある。</p>
<p>仙骨部に深い褥瘡もあることから、日常的に主治医との連携の中に栄養士が関与するサポート体制が必要。現在日常の管理は看護職指導のもと妻が行っている。</p>
<p>栄養に関しては、退院後に栄養剤の変更が行われており、栄養士が栄養管理に関わっていない。栄養士が関わりをもてる体制があればよいと思う。褥瘡に関しても、その経過が把握していない。現在は、訪問診療医師、訪問看護師で行っている。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養管理を行っているのは当院の主治医になっているが、実際の援助は家族や訪問看護師が行っている。当院の入院時にNSTサポートチームの介入は可能も実際に介入はない。定期的に栄養管理に栄養士が関与できる体制が構築できるとよい。 ・ 息子が食事が作れない為、現状のままにあるが、もしもSTとのかかわりなどできると、食事摂取が可能となりQOLの向上にもつながり、ADLの向上が図れる可能性がある。
<p>終末期に向け、本人や家族の心理的なサポートを担うもの。患者会や地域のネットワークなど、専門職ではないつながり、社会的なつながりが望まれる。現状では医療的なネットワーク（医療機関中心のフォーセルネットワーク）のみであり、インフォーマルのネットワークの構築が必要。</p>
<p>嚥下障害もあり、食事摂取量・栄養状態・身体計測など確認するため、管理栄養士や言語聴覚士と連携した訪問体制も必要。これらの栄養管理は訪問看護師が担っている。</p>
<p>食欲低下、時々むせるとの訴えがあったり、床ずれが発生したりしている。栄養士の訪問で連携しサポートしていくことが望まれる</p>
<p>訪問リハビリ 訪問リハビリにて四肢の間接拘縮予防が望まれるが訪問看護にて行っている。 言語聴覚士（現在不在） 嚥下状態が悪く、摂食訓練が望まれるが、訪問看護にて行っている。</p>

<p>歯科衛生士やSTが嚥下リハビリを専門的に行えるとよい。現在は訪問看護で行っている。</p>
<p>嚥下困難があり在宅における生活指導や栄養指導や嚥下評価が必要（訪問看護師・管理栄養士・言語聴覚士など）。現在は専門職の関わりは特になし。</p>
<p>介護者が高齢の夫であり、栄養管理が困難と思われるため、訪問栄養指導が望ましいが、当地にはその体制がないことから訪問看護師が関与している。</p>
<p>保健師のかかわりがもう少しあればよい（全体の健康管理）。現在は訪問看護ステーションが担っている。</p>
<p>栄養士が関与できると良い。現在は主治医による栄養・管理で行っている。</p>
<p>必要に応じて家族への栄養指導も出来ると良い。</p>
<p>身体的機能向上のためにPT、ST等がもう少し関与できる体制が確立することが望ましい。時々栄養管理に栄養士からアドバイスできる体制が望まれる。</p>
<p>口腔ケアも合わせ行えたらさらによいと考える（歯科医、歯科衛生士）</p>
<p>褥瘡予防・誤嚥防止に関して管理栄養士などと連携した訪問体制も必要。食事摂取量・栄養状態・身体計測などの確認は訪問看護師が担っている。</p>
<p>訪問栄養指導は依頼時のみ2回行ったが、継続した指導は行っていない。栄養士が定期的に関与できる体制があればよい。現在は訪問診療医師、訪問看護師が行っている状況。特別食の配食サービスがあればよい。</p>

(21 頁裏)

第3章

先進地域の取組状況に 関する調査

(第 3 章表紙裏)

1. ヒアリングの概要

(1) ねらい

モデル事業においては、実際に地域において栄養サポートに当たっての体制作りに取り組んでいるが、その際、どのような阻害要因があり、また逆にどのような効果が得られそうか、等の点について、各関連機関、関連職種に直接話を聞くことを目的として実施した。

(2) ヒアリング内容

○地域における栄養サポートへの取組の概要

- ・地域における栄養や食事に関する課題・問題点
- ・栄養サポートに関する地域資源の連携状況
- ・栄養サポートへの取組状況

○地域における連携構築に当たっての方向性

- ・地域として目指すべき（目指していきたい）方向性・今後の連携の方向性
- ・各機関・職種が果たすべき役割・各職種に期待される役割

(3) ヒアリング対象施設

都道府県	対象施設	開催日
香川県	綾川町国保陶病院	平成21年12月17日
熊本県	上天草市立上天草総合病院	平成22年1月5日
長崎県	平戸市国保度島診療所	平成22年2月10日
高知県	いの町立国保仁淀病院	平成22年2月12日
島根県	西ノ島町国保浦郷診療所 隠岐広域連立隠岐島前病院	平成22年3月11日
大分県	姫島村国保診療所	平成22年3月15日

(訪問順)

2. 香川県綾川町国保陶病院

取組のための組織	新たに組成
取組のメンバー	国保直診 ・ 医師、看護師、管理栄養士 地域資源 ・ 行政保健所管課管理栄養士、保健師 ・ 地域包括支援センター（保健師） ・ 老人介護支援センター（ケアマネジャー） ・ 社会福祉協議会（管理栄養士） ・ 老人保健施設管理栄養士 ・ 県保健福祉事務所管理栄養士
地域の特性	高齢者数 7,127 人 高齢化率 27.7% 独居高齢者世帯数 677 世帯

（1）取り組みに当たっての課題

- ・ 独居世帯や高齢者のみ世帯では、ご飯と漬物だけ等、偏った食事になりやすいはずだが、このような世帯の実態把握が難しい。
- ・ 家族の協力が不可欠だが、退院時に食事方法等を伝達しても、高齢の家族が食事姿勢等を整えるのは困難なケースもある。また、飲み込みが悪くなると、家族にも誤嚥や窒息の不安が生じる。
- ・ また栄養に関して相談にくる高齢者もいるが、正確な情報の不足、理解不足を感じるし、あまた理解できても生活改善が困難なことも多い（本人に改善の意思なし）。

（2）取り組みに当たっての方向性

- ・ 陶病院を情報連携の中心とし、各施設で得られた要サポート該当者の情報を総括し、関連施設へ情報（基礎疾患等）を発信及び共有し、継続した指導を実施し、包括的サポートを実施している。
- ・ 具体的には、メール等により情報を伝達し、各施設での担当者の要請により、必要に応じて関連施設から医師・保健師・栄養士が関わる。在宅パス、病院パスにつけて情報交換をしながら、統一したモニタリング表等により情報の統一化をはかり、定例会実施することで一元管理を目指す。
- ・ 対象者の把握に関しては、医師からの指示、看護師・介護福祉士からの情報提供、ケアマネジャーからの相談、住民相談により実施。

【陶病院】

- ・誤嚥性（嚥下性）肺炎で入院
- ・訪問看護・訪問診療を行っている患者
- ・院内デイサービスを利用している人
- ・65歳以上の外来者

【その他（担当医との連携含む）】

- ・家人からの食欲低下の相談
- ・訪問介護等のサービス事業者からの相談

(3) 取組の経緯

<p>第1回会議内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・相談窓口がどこか分からないのが問題点。情報収集の一本化に向けて体制づくりを検討してはどうか。窓口が決まれば情報が必要なところへ流れるのではないかな。 ・実際に事例を挙げて連携のイメージを膨らませて問題点等を検討していけばどうか ・手引きに挙がっている症例（退院後の支援・嚥下障害の在宅支援・身体・知的障害者の在宅支援）のうちでは、退院後の支援が事例を挙げやすく、他の症例は今あまり取り組みがない ・事例での検討と合わせて、各施設・職域での問題点や栄養サポート体制づくりのための方法案を持ち寄り検討することとする
<p>第2回会議内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・陶病院院内 NST の紹介（平成 17 年 4 月 NST 委員会立ち上げ） ・地域における栄養や食事に関する課題・問題点としては、大きくまとめると「相談窓口の一本化が必要だができていない」「家庭での実際の栄養管理を支援する方法」「それぞれの職域間での情報共有の方法」の3つ。 ・各職域で対象としている人が違ったり、同じ人を対象にしてもアプローチの仕方が違うので情報の共有が必要になる ・陶病院は院内での定期的にカンファレンス等で情報交換・連携が出来ており、各々が、担当している患者、利用者へのサポートに必要な部署への連絡・情報共有等はできている。 ・ただし、健診で特定高齢者の判定を行っているが、健診へ来られる人よりも、出てこられない人の方が心配。 ・民生委員や食生活改善推進員、いきいきサロン、介護予防ボランティアなどに地域から栄養サポートが必要な人を見つけてもらい、サポートにつなげていけたらいい ・インフォーマルサービスがもっと必要になるが、地域のボランティアと社協や健康福祉課、地域包括支援センター等のつながりは強いが、医療関係との関係は薄いので、その情報が伝わっていない。地域でサポートするのにどういう選択肢があるのか情報共有が必要 ・医療機関から在宅へ帰った人へのサポートをどう行うかという問題と、地域でサポートが必要なのに受けられていない人をどう探しだして支援につなげるかという問題がある ・必要に応じて必要な部署への連絡は出来ているが、個々での連携の部分が主で全ての部署が会するような場は今のところない ・こうして関係者が集まる機会ができたので、情報共有や連携へ発展していけるようにしたい

第3回会議内容	<ul style="list-style-type: none"> ・事例報告について。候補となった5つの事例のうち、「在宅で息子夫婦が介護している例（89歳女性。誤嚥性肺炎を繰り返し入院している）」と地域包括支援センターが特定高齢者から低栄養の方を1名抽出して取り組む。前者については、看護師長がキーパーソンとなって、退院後の自宅でのフォローやデイサービス利用時の看護への関わりなどにつなげていってはどうか。後者については、地域包括支援センターの保健師がキーパーソンとなってサポート体制を構築。 ・サポート結果の発表時には、民生委員や食生活改善推進員も含めて検討する（地域包括支援センターが関わる事例では、民生委員や食生活改善推進員の協力が必要なため）。
---------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

（4）栄養サポート体制構築に関わった感想

- ・今回のモデル事業に参加した関係者からは、改めて地域資源の取組内容を把握することができた、在宅での栄養サポートを行っていくことの重要性を認識できた等、前向きな意見を得ることができた。

【モデル事業参加者からの感想】

- ・身近な関係機関であっても、具体的な業務内容等知らないことが多かった。
- ・早期に介入することで意識の変化を促していくことで、疾病を予防できる可能性が見出せた。
- ・地域での独居老人等を隣・近所との交流を高めてサポートする意識作りが重要だと思った。
- ・退院後に「地域ケア専門委員会」などで現在の病状等を確認するようになった。今後は、対象者の相談窓口が決まれば連携をとって（入院予約、嚥下訓練など）いきたい。
- ・在宅復帰後、自分で適切な食事を毎食摂取していくことは難しく、低栄養防止するためにも、地域住民に対し、様々な関係者が、随時連携していくことが必要だと再認識した。今後は、老人保健施設を退所したら栄養支援は終わりではなく、退所後も長期的に栄養支援していきたい。
- ・ただし、同時に、対象者をみつけることの困難さ、スムーズな連携体制構築までには時間がかかること等の課題も指摘された。

【モデル事業参加者からの感想】

- ・健診後の指導等からのアプローチをすることが多く、健診に来る人は一人で出かけることが可能な人やサポートする人が身近にいる人が多いので、そこからの対象者を見つけるのは難しい。
- ・連携の必要性はわかるが、スムーズに機能するまでには時間がかかるだろう。

- ・情報共有のためのツールに関しては、なるべくシンプルなものが普及に繋がるのではないか。
- ・病院、施設間での栄養評価は統一された基準であることが望ましく誰がでも記録しやすい様式である方が良い。
- ・地域での栄養サポートをするケアマネ、ヘルパー、ボランティアなど連携し、早期に低栄養者を発見し、支援するための合同勉強会やシステム作りが必要だろう。

(5) 今後の課題

- ・健診受診者については課題を発見できるが、今後は、健診未受診者についての把握ができるよう、民生委員や介護予防サポーター等を活用したルートの拡大が必要。
- ・担当の看護師や介護職が集まり、身体・精神状態や日々の生活習慣等の情報を交換し、全員で問題点や原因を見極め、対応していくことが必要。
- ・現在は相談窓口が明確でなく、例えば低栄養の利用者をホームヘルパーがどのように対応しているかの情報が、病院等では把握できていない。これまでのコミュニケーション不足、面識不足等が影響している。今後は退院後の追跡調査等も必要。

3. 熊本県上天草市立上天草総合病院

取組のための組織	新たに組成
取組のメンバー	国保直診 ・ 医師、看護師、訪問看護師、管理栄養士、ケアマネジャー 地域資源 ・ 地域包括支援センター（ケアマネジャー） ・ 社会福祉協議会 ・ 特別養護老人ホーム（2施設：施設長、管理栄養士） ・ 食生活改善推進委員
地域の特性	高齢者数 9,849 人 高齢化率 32.3% 独居高齢者世帯数 1,852 世帯

（1）取り組みに当たっての課題

- ・ 退院前に、退院後のことを想定してカンファレンスを実施する必要があるが、実際にはなされていない。退院サマリーも作成していないため、栄養面について引き継ぐための書類もない。
- ・ 配食サービスはあるが、専門知識を有して作っているのではなく、「食べやすく」を重視。栄養面を重視すると経済的に成り立たない。

（2）取り組みに当たっての方向性

- ・ 現在は、病院を退院後に施設入所する方については、看護サマリーの受け渡しや相談等での聞き取りによって情報を共有している。また病院から在宅に移行する方については、病院の管理栄養士が中心に取り組んでいる。
- ・ 取り組みに当たっては、対象者に関する情報の伝達ならびに共有化が必要であるが、退院時カンファレンスの場を通じて行う必要がある。
- ・ また対象者の把握に関しては、病院が把握している生活機能評価調査の対象者から、訪問看護師が聞き取りを行うことが考えられる。

(3) 取組の経緯

第1回会議内容	<ul style="list-style-type: none">・現在、在宅での栄養サポートは十分ではなく、地域における栄養サポート体制構築が必要である。・地域 NST の構築に当たっての実施体制については、関係機関との連携の仕組づくりが必要である。・対象者については、各関係機関それぞれが選定する。
第2回会議内容	<ul style="list-style-type: none">・地域分析の結果、摂食・嚥下に関する連絡相談先として歯科医師を追加。・対象者がみつきりにくい、連携体制を整備することが重要なので、継続的に会議を開催することが必要であろう。・連携体制の構築に当たっては、困ったときに誰に相談すればよいのか明確にする必要がある。・対象者の発見に関しては、不定期に開催されている地域ケア会議に出席してはどうか。
第3回会議内容	<ul style="list-style-type: none">・地域ケア会議に地域 NST を組み込むことを検討したが、栄養サポート以外の検討内容が主となっているので、地域 NST 会議は継続的に行っていくこととする。
第4回会議内容	<ul style="list-style-type: none">・モデル事業として栄養サポート体制の構築に取り組んできたことから、定期的に会議を開催できている。今後も1ヶ月に1回開催し、連携施設との情報交換及び症例検討等の勉強会を実施していく。

(4) 栄養サポート体制構築に関わった感想

- ・今回のモデル事業に参加した関係者からは、「介護保険サービスを利用者や民生委員等のかかわりがある人は把握に至りやすいが、それ以外の人々の発見が困難である」という対象者発見の難しさについての指摘があった。
- ・また連携については、「病院や施設から在宅に移行する場合だけにこだわらず、地域で生活している人を対象とした取組が必要だと感じた」「対象者の状態等に応じて、誰が連携するのか柔軟に対応できるとよい」といった、今後の取組のあり方に関する感想も聞かれた。

(5) 取り組みに当たっての課題

- ・院内 NST は活動してきたが、退院後のフォローまでは取り組めていなかった。
- ・地域資源はある程度あるものの、それらの連携も不十分だった。集まる場もなかったので、連携も取れなかった。
- ・今後は、「顔が見えて、名前を覚えて、お願いします」という連携がスムーズに行くよう、医師が既存の会議に積極的に参加し、そのような場で意識啓発も図りながら、連携体制の構築に取り組んでいく必要がある。

4. 長崎県平戸市国保度島診療所

取組のための組織	新たに組成
取組のメンバー	国保直診 ・ 医師、看護師 地域資源 ・ 地域包括支援センター（ケアマネジャー） ・ 社会福祉協議会（ホームヘルパー） ・ 食生活改善推進委員 ・ 島婦人会
地域の特性	高齢者数 249 人 高齢化率 28.1% 独居高齢者世帯数 22 世帯

（１）取り組みに当たっての課題

- ・ 平戸市本島からフェリーで 40 分の離島であり、食材の調達も十分とは言えない。
- ・ 診療所医師も必要性は感じており、住民への呼びかけ等から始めたいという意向をもっている。
- ・ また食生活改善推進委員も、必要性は感じるものの、特別な取組には自信がなく、不安をもっている。
- ・ 島内に管理栄養士や保健師がいないことから特別な取組は困難であるので、時間的な制約や精神的な負担も考えた取組が必要。

（２）取り組みに当たっての方向性

- ・ 現在は特に栄養サポートに関する取組体制は構築されていないが、今後、診療所を中心に、居宅介護支援事業所、ホームヘルパー、食生活改善推進委員、婦人会等へ声かけを行い、関わりを持ってもらうよう促す。あわせて対象者の発見にも協力してもらう。
- ・ 専門職が少ない中で継続的なシステムとすることを目指し、特別なことはせず、時間的・精神的な負担が大きくなるような取組を進める。

(3) 取組の経緯

第1回会議内容	<ul style="list-style-type: none"> ・度島地区における在宅栄養サポートシステムづくりの必要性について。島内には管理栄養士や保健師といった、栄養サポートにおいて重要な人材がいないことから、既存の人材や組織の協力を得ることが不可欠である。 ・具体的には食生活改善推進委員や婦人会に趣旨を理解してもらったが、特別な取組を行うのではなく、時間的・精神的な負担がかからないよう、“声かけ”“チェックリストを活用した情報収集”等に協力してもらうこととなった。 ・また住民に対する意識啓発も必要なので、勉強会を企画し、診療所長からの提案で、各戸に配布するためのチラシを準備することとなった。
第2回会議内容	<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士による「低栄養予防について」の講話。 ・専門職がいない地域においては、住民を対象とした啓発活動が必要である。 ・「いきいきサロン」事業との連携による、介護予防教室への支援・協力から始めたい。
第3回会議内容	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科医師による「摂食嚥下障害について」の講話。 ・住民に対しては、介護予防の原点は「摂食嚥下障害の予防」「低栄養予防」であることの理解を深めてもらう。 ・そのためにも継続的な勉強会等を開催し、日常生活の中で活かしてもらうことが必要。 ・地域に残っている「おすそ分け」の慣習も大切にし、それが栄養サポートや高齢者の孤独の解消にも繋がることを、改めて認識することが必要。 ・関係する者が無理なく活動に参加でき、実践していくことが重要。
第4回会議内容	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅栄養サポートシステムづくりのための今後の方向性について。 ・住民への啓発活動、よい慣習の維持、介護予防の重視、といった今後の取組の方向性を確認。

(4) 栄養サポート体制構築に関わった感想

- ・島内の診療所からは、「必要性は感じているので住民への呼びかけなどできることから取り組んでいきたい。チラシなどの使いながら、住民への情報提供をしていきたい。」という意見を得ることができた一方、食生活推進委員からは「目的等は理解でき、必要性も感じるが、特別な取組を行うことは不安である。“声かけ”程度のできることから始めたい」という不安も聞かれた。

(5) 今後の課題

- ・度島地区において「地域における栄養サポートシステムの構築」を考える時、離島であるが故の課題は大きい。栄養サポートという面からみて、管理栄養士、保健師などの重要な人材・機関等がない。しかし、現状を踏まえてどのようなことから手始めに進めて行けばよいかといえ、まず、住民への啓発活動と既存の資源（食生活改善推進委員、婦人会、民生委員、育成会など）の活用が考えられる。
 - ・啓発活動としては、地区区長、社会福祉協議会が音頭をとっておこなっている地区高齢者を対象とした「いきいきサロン」事業との連携による介護予防教室への支援、協力ができそうである。
 - ・現在、食生活改善推進委員の方がおられるが、地域での具体的な活動につながっていないように見える。「いきいきサロン」の集まりの機会に昼食のための支援（ただし、実費徴収）。
 - ・将来、診療所建替えの時には中に独居、老夫婦世帯への配食サービス拠点となる多目的施設（高齢者福祉センター、図書館など）の併設につながる活動として位置付けたい。
 - ・また、度島地区では、美味しいもの、珍しいものなどを作った時は隣近所に「おすそ分け」する慣習が残っていることなので、その慣習を食生活改善推進委員としての活動の一つとして考えて、計画的に少しずつでも展開して行けば、地域住民、高齢者の方たちへの栄養サポートのみにとどまらず、精神的支援につながり、「地域リハの理念」に沿うものである。
- ①啓発活動：「いきいきサロン」の集まりの高齢者に対して「加齢による嚥下障害が自覚のないままに進行してゆき、最悪は生命の危険さえある」ということをきちんと認識してもらえる。そのためには継続的な勉強（実技を交えた楽しい講座の企画が必要）をしていただき、日常の生活の中で継続していただくようにする。自覚し継続できるようになった人は隣近所、友人などに広げて行く。摂食嚥下障害を予防できれば、自ずとある程度のものは食べたり、飲んだりできる。そうすれば、栄養状態も維持しやすい。
 - ②隣近所の友愛活動（「おっそわけ」慣習のすすめ）：何か美味しいもの、珍しいものを作った時は近所の独居老人、老夫婦世帯の家庭に「おすそ分け」する。食生活改善推進員の方がやれば、より栄養のバランスがとれたものを提供することができる（婦人会活動として展開してもよいのではないか）。結果的に精神的サポート活動につながり、高齢者の孤独の解消にも一役を担うことになる。
 - ③まずは住民の方々が介護予防の原点は「摂食嚥下障害の予防」「低栄養予防」ということを理解・実践していただくことが地域における栄養サポートシステムの構築につながるものとする。その観点で取り組みははじめれば、お互い無理なく活動に参加でき、実践して行けるのではないかと考える。
 - ④それをうまく地域全体活動に展開して行くには、区長さん達をはじめとする自治組織の力が必要になってくる。

- ⑤一方、現在既に病気、障害を抱えている在宅療養者に対しては診療所、あるいはかかりつけ医を核とした専門的なスタッフによるサポート体制が必要である。
- ⑥しかし、在宅療養者を継続的にケア支援してゆくには上記の住民自身による支援ネットワーク体制が必須である。離島であるがゆえに、自立支援の考え方を基軸に進めたい。

5. 高知県の町立国保仁淀病院

取組のための組織	新たに組成
取組のメンバー	国保直診 ・ 医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、OT 地域資源 ・ ・ 行政保健所管課管理栄養士 ・ 訪問看護ステーション ・ 地域包括支援センター（ケアマネジャー） ・ 老人保健施設 ・ 社会福祉協議会 ・ 民生委員
地域の特性	高齢者数 7,817 人 高齢化率 28.9% 独居高齢者世帯数 1,970 世帯

（１）取り組みに当たっての課題

- ・ 高齢になるにしたがって食事がスーパーの惣菜が多くなり、偏った栄養摂取となっている可能性が高い。低栄養より過栄養の方が課題か。
- ・ 栄養サポートを地域で取り組んでいくに当たっては、栄養や嚥下障害について評価する知識や技術をもった人材のマンパワーが不足。また相談窓口も明確になっておらず、専門職間の情報交換も密ではない。
- ・ 住民の側に目を向けると、栄養に関する教室等の参加者は多いものの、それらに出てこない方へのアプローチが課題。

（２）取り組みに当たっての方向性

- ・ 病院においては、入院中の患者は院内 NST にて支援している。退院後はまた受診してもらうよう勧めるのみで、在宅等の特別なサポートはしていない。病院の健診にしても、現在は特定健診が中心で介護予防の活動はしていない。
- ・ また地域包括支援センターでは、健診やミニデイ、体操グループな、介護保険を使用しているなどの何かの事業につながっている人はいろんな形でサポートできている。特定高齢者の低栄養改善も実施している。まったく周りとは接触のない住民はサポートできていない。
- ・ さらに病院に併設されている老人保健施設においては、院内 NST の対象となっており、病院のスタッフとの連携は取れている。さらに退所時にはケアマネジャーや施設向けに、看護・介護・支援相談員・理学療法士・管理栄養士の多職種で作成した「連絡表」を渡し、情報の共有化を図っている。

- ・このようにそれぞれの関係機関においては栄養サポートに関して取り組まれているが、地域全体での取組にまでは至っていないことが課題。

(3) 取り組みの経緯

地域 NST 第 1 回勉強会 議事録
平成 21 年 11 月 10 日 (火) 17:00-18:30

議題

1. 地域 NST の取り組みについて

◇事業の目的

医療機関やいの町の集団健診を受診しない住民、健康事業（ミニデイ・体操グループなど）に関わりのない住民、退院してその後に関わりのない方への栄養サポートは重要視されているが、その取り組みが進んでいるとは言いがたい。そのため、社会法人全国国民健康保険診療施設協議会のモデル事業として、いの町の地域資源を活用して、地域住民の低栄養改善のためのネットワーク作りをする。

◇仁淀病院の今の働き

- ・入院中は当然 NST にて支援している。退院後はまた受診してもらうよう勧めるのみで、在宅等の特別なサポートはしていない。病院の健診にしても、現在は特定健診が中心で介護予防の活動はしていない。

◇役場の今の働き

- ・健診やミニデイ、体操グループな、介護保険を使用しているなどの何かの事業につながっている人はいろんな形でサポートできている。特定高齢者の低栄養改善も実施している。まったく周りとは接触のない住民はサポートできていない。

◇対象者は誰か

地域で医療機関や役場の事業に関わっていない低栄養の恐れのある住民。

◇どうやって対象者を見つけるか

医療機関や役場関連の事業に関わっている方は、何かしらの栄養サポートを受けることができる。それ以外のどこにも関わりの無い方はどうやって見つけるのか。

- ・地域のボランティアは？

役場 ⇒ 具体的にどういった人か想像つかない。そういった人はほとんどいないと思われる。

- ・食生活改善推進員は？

役場 ⇒ ボランティアではなく組織の一員であり難しいのではないか。

- ・地域でミニデイや体操グループが活動しているので、そういったところで栄養状態が気になる住民を見つけることができるのではないか。「栄養状態が悪い」という判断基準も必要になるのではないか。

病院 ⇒ 栄養スクリーニングや栄養アセスメントの用紙がある。これを使う予定。

- ・まずは、低栄養や嚥下障害のことを住民の皆さんに知ってもらうことが必要なので、ミニデイと体操グループのお世話役交流会で低栄養や嚥下障害のこと、そういった恐れのある周りの住民を教えてほしいとの宣伝をすることもよいのではないか。
- ・実際に隠れた低栄養者を見つけるのは困難ではないか。それならば、まずは低栄養の危険性が高く病院を退院した住民を対象に栄養サポートしたら良いのではないか。

◇対象者を見つけて誰に伝えるのか？

病院⇒ 病院の外来とも考えたが、食改の柳瀬さんにしようかと思っている（役場⇒本人と相談してください）。対象者が分かった時点で栄養スクリーニング・アセスメントを作成して2-3ヶ月間にわたり管理栄養士がサポートする。

地域 NST 第2回勉強会 議事録

平成21年11月18日（水）17:00-18:45

議題「地域 NST 実施に向けてどのような地域資源があり、どう活用するか」

1. 第1回議事録をもとにおさらい

第1回議事録を確認する。

2. 各地域資源からどのような人たちを見つけ出せるか

前回出席していなかった民生委員や食生活改善推進員（以下：食改）、デイサービスから意見を伺った。

・民生委員 ⇒ いの町の民生委員は100名程度で、地区ごとに数名というように存在する。病院や役場が知らないその地域の情報をもっており、月に1回は気になる方と会うようにしている。低栄養と思われる高齢者もいる。しかし、低栄養の方が今回のような事業を受けてくれるか不安がある。生活自体が苦しい方、米飯だけでお腹がいっぱいになればよいという方もいる。

・食改 ⇒ いの町で100名程度。ミニデイのお世話役をしている方もいるので、ミニデイに来ている人の情報はある。食事を提供しているので、食欲などの喫食状況は確認できる。そのミニデイ地域全体の把握となると難しい。

平成22年2月に低栄養改善料理教室を実施予定。参加してくれる人がいるか不安があるが、馴染みのある人が声をかければ参加してくれるかもしれない。

病院 ⇒ 食改の活動はどのようなことをやっているか

伊野支部は7ブロックに分かれて、保育園・幼稚園での親子料理教室、食物繊維や乳製品を使った料理教室、支部全体や、各ブロックでの伝達講習などを実施。年間50回ほど事業を行っている。レシピ作成から食料調達、調理を工夫して低予算で事業を実施している。

病院 ⇒ ミニデイに関わる役場保健師は地域住民の把握はどうか？

役場 ⇒ 事業に関わる人は分かるが、出てこない、見えない人は分からない。

・社会福祉協議会が災害時要援護者台帳を作成中。地域の高齢者は確認できるが、誰が虚弱か不明。

・役場 ⇒ 生活保護を受けている方への低栄養改善も検討してみてもどうか

病院 ⇒ 何人生活保護を受けているのか

役場 ⇒ 分からない。確認します。

・デイサービス ⇒ デイサービスに栄養士はいない。低栄養、食べられないなどで困っている人はいる。家族構成や経済的に、支援がしにくい方もいるために対応が難しい。

役場 ⇒ 困難な状況でも完璧な食事は無理だろうが、少しでも改善に向けてなにかできる方法はあるはず。

・有償ボランティアはいるか？食改はどうか？

食改 ⇒ 会員に相談してみないと分からない。自宅訪問になるので車の運転など問題点あり。

- ・配食サービスはどうか
値段が高い。味もイマイチ。頼んでも続かないのが実情。1食の目安となるのは利点。
 - ・健康相談や栄養・料理教室、配食サービスなど、理想の量や種類を示しても、実際それを家庭で作れる方はほとんどいない。
 - ・対象は低栄養だけか？「栄養改善」なら「過栄養」も対象になるのか？
⇒ 対象になる。
- ◇低栄養の判定基準は何か
体重減少、BMI、皮下脂肪厚、咀嚼嚥下困難でチェックする。血液検査はしない。
- ◇参加者がいた場合どのような事業するか
独居の低栄養と思われる方を集めて、講話と食事提供はどうか？そこでさらに対象を絞る。
デイサービス ⇒ 給食を提供するのはその人がどれだけ食べられるのか、食べ方など確認できるのでそこは利点である。集団で食量や好みを見るのならバイキングがいいのではないか。
実施場所はすこやかセンター調理室か。
役場 ⇒ この形であれば現在役場がやっている形とあまり変わらないのでは？集団でやる意味はなにか？
病院 ⇒ この集団で低体重かどうかの選定をする。
- ・実施するなら土曜日か日曜日。講話と食事を週1回3週連続で行う。
食改 ⇒ 各地域の食改に聞いてみないと分からない。
- ◇今回の決定事項（対象者選定）
次回開催日の12月3日（木）までに次の方をピックアップする。
- ・あいなのデイサービス利用者の低栄養の人
 - ・清流苑のショートステイ利用者の低栄養の人
 - ・訪問看護利用者の低栄養の人。この場合は、出席者は家族になる可能性大。
 - ・地域で低栄養が気になる人
- ◇課題
- ・家族構成や生活状況、身体状況が異なる中では個別対応でないと低栄養改善はできないのではないか。集団での対応は可能か。3週連続の集団の後に個別は時間的に難しいのではないか。
 - ・集団の場合、個人情報の問題はないか。
 - ・実行部隊は誰がやるのか？集団での講話・調理、計測、聞き取り、記録管理、個別になった場合の管理栄養士の対応は誰かなど。

地域 NST 第3回勉強会 議事録
平成 21 年 12 月 3 日 (木) 17:10~18:35

議題「対象者候補報告と今後の実施内容を具体的に詰めていく」

1. 第2回議事録をもとにおさらい
第2回議事録を確認する。

2. ネットワークづくりをして、連携した対応をしていくためにはどうすればいいか？

地域資源となりうる各種団体がネットワークの一役を担い「気になる人を発見する芽」になってもらいたい。

・民生委員 ⇒ 気になる男性（座っていることもしんどく、すぐ横になる。食事の準備は近くの姪がしてくれている）がいて、この方への支援をと思ったが、男性への直接支援とはならないだろうし、姪は仕事が忙しく栄養改善どころではないようで、支援も難しそう。また、他の民生委員や老人クラブや食改にも聞いてみたが、「低栄養」が気になるような人はいないとのこと。しかし、独居高齢者などは誰も皆、スーパーで惣菜を買っており、このようなことから「偏った食事」＝「低栄養」となる可能性は高いように思う。集団での講演会に来ないのは「コミュニケーションは必要」と思うが「人混みへ行くのは嫌」という人が多く、「出て行きたくても出てこれない」人はほとんどいないであろう。

・病院⇒食生活改善推進員が開催する「高齢者のための低栄養教室」へ、ネットワークスタッフが出向き、勉強をしても良いのではないかと。また、高齢になり、嚥下障害が起これば、これが原因となって低栄養になる心配がある人へなんらかの支援をしていきたい。

3. どの資源から対象者を選定するか

これまでの話からすると、地域にいる低栄養と思われる方が低栄養改善の個別や集団での教室への参加は難しそうである。身体計測をして低栄養の危険を理解してもらおうと来てくれるかもしれないが、時間がない。いきなり手を広げずに、「入院中に院内 NST や STT で関わった人で退院後のフォローができていない人を対象としたらどうか」という意見や「各部署で低栄養の人をピックアップしてみてもどうか（第2回勉強会で出た意見）」という意見が出た。

また、地域資源である「民生委員」「老人クラブ」「食生活改善推進員」「ミニデイお世役」「体操グループお世話役」等の人たちに「低栄養」とは何かを知って貰い、地域の低栄養と思われる方の情報ネットワークを作るために講演会を開催したいとの意見が出た。

- ・病院 ⇒ もちろん、退院後の人は院内 NST でフォローしていくつもり。
- ・外来：退院サマリーをまわしてもらえたら、チェックすることは可能。
- ・役場 ⇒ 特定健診から発見した栄養改善が必要な特定高齢者一覧表を配布。
- ・病院 ⇒ 症例は病院だけでなく、訪問看護やあいのからもピックアップしてほしい。
- ・役場 ⇒ 実働部隊はどうするのか？
- ・病院 ⇒ 訪問看護、あいの、病院スタッフ。

◇今回の決定事項

- ・退院後、外来にかかっている人で「低栄養」が疑われる「症例」を3～5件、1月初旬までに出す。
- ・訪看や「あいの」からも「低栄養」が疑われる「症例」を1月初旬までに出す。
- ・院内 NST の勉強会の張り紙をミニデイや体操の場に貼ってもらい、勉強会に自由に参加してもらって、院内 NST を啓発していきたい。
- ・講演会を2月初旬の休日に開催する（ウィークデーの昼間は病院スタッフの参加無理。ウィークデーの夜は時期も寒くチョットきついのは。）
- ・院内 NST 勉強会へ「民生委員」や「老人クラブ」「食生活改善推進員」「ミニデイ」「体

操グループ」等の代表の方に来て欲しい。(院内 NST 勉強会日：12/8、1/12)

◇課題

・高齢者への講演や説明はできるだけ簡単な言葉で伝えなければ理解してくれない。NST なんて分からない。この事業のタイトル候補「ちゃんと食べようかえ」の会。

地域 NST 第 4 回勉強会 議事録
平成 21 年 12 月 22 日 (火) 17:10-18:45

1. 第 3 回議事録おさらい

2. 香川県綾川町の地域 NST ヒアリングの報告

実際どのようにやっているかというより、これから各部署がどのようにやっていけばいいかという話だった。各部署がどのような活動をしているか知らない状況であり、資料もいろんなものがあるとの発見があった。まず住民には「相談できる場所がある」ということを知ってもらうことが大事だということだった。

3. 主治医が仁淀病院以外の場合は？

必ずしも仁淀病院が関わらなくても良いので、主治医と連絡をとり、病院にかかる。また、別の方法として、事前に主治医に連絡をとるなどして本人と主治医に了承をもらえばよいのではないかと、他の病院の医師でも連絡をとりながら実施すればいい。仁淀病院での外来は問題がある。

4. 個別対象者候補 (5 名)

清流苑のデイを利用して、嚥下に問題がある方を 1 名。仁淀病院を退院した 3 名。訪問看護で 1 名。

この合計 5 名が候補に挙げられた。本人や家族の了承を得て実施する。実施者は仁淀病院 NST。対象者の中には移動が難しい方もいる。訪問するのも家族は抵抗あるだろう。対象者は「良くなるのはいいが、難しいことは分からない」との意見があり、本人や家族に納得してもらえないといけない。退院・在宅へ向けて、以前のような生活しづらい状態にならないように、とこの地域 NST が入ることを伝えると、受け入れてもらいやすいのでは。

5. ミニデイや体操グループのお世話役交流会での宣伝

今、計画中の交流会の中で 1 時間程度の話をするのは難しそう。やるなら「地域 NST の会」として集めるしかない。

地域向けへの講演会は 2 月中に実施する。聴講対象者はミニデイや体操グループのお世話役さん(地区数は旧伊野内に各 40 カ所ほど)、食生活改善推進員(伊野支部推進員数 60 名弱)、民生委員(旧伊野内に 65 名)、老人クラブ支部長(旧伊野内に 31 名)など。場所はすこやかセンターの食生活改善教室。おやつを提供するかもしれないので、調理室も確保。候補日は 2/13 (土) 13 時～15 時の 2 時間程度。講話は医師・看護師・管理栄養士(清流苑とほけん福祉課)・リハビリの 5 名。「低栄養はどうして悪いのか？」ということを知ってもらう。各職種の持ち時間は 15 分～20 分程度。

この講演会のちらしを作り、配って参加者を集める。

地域 NST 第5回勉強会 議事録
平成 22 年 1 月 8 日 (金) 17:15-18:45

1. 2月12日(金)開催のヒアリングについて

場 所：健康センター2階会議室

時 間：17時30分～19時

訪問者：4名

2. 2月13日(土)の講演会

～当日の流れ～

12:30～ 受付

13:00～ 開会(司会)

13:03～ 講演会開始(座長)

14:30～ ディスカッション

15:00 終了

3. 個別事例について

平行して事例にも対応していく。2/12のヒアリングの際に、この中から1, 2名を選び、状況を話せるようにしておく。

地域 NST 第6回勉強会 議事録
平成 22 年 2 月 8 日 (月) 17:30-18:55

1. 2月12日(金)開催のヒアリングについて

ヒアリング資料の説明

ほけん福祉課：中身についてももう少しバージョンアップさせて、詳細を。

民生委員：キーパーソンとの関係。個人情報ので壁が厚くて、次に続いていかない苦労。

2. 2月13日(土)の講演会について

(4) 栄養サポート体制構築に関わった感想

- ・モデル事業に参加した関係者からは、「集まることにより、病院が、医師が、訪問看護ステーションが、管理栄養士が、どのようなことをしているのかが分かり、どの部分で連携が可能かが見えてきた」「またこれまでも栄養サポートの必要性は感じていたが、視野が地域全体に広がり、栄養サポートの必要性、重要性を認識した」といった、「集まる」ことによる効果に関する感想を得ることができた。
- ・さらに、「嚥下障害の方へのアプローチを増やすべきだと改めて感じた」「地域活動に取り組んでいる人たちへの定期的な啓発活動の継続により、意識付けを図っていくことが有効であろう。」といった、取組の推進の方向性に関する感想も得ることができた。

(5) 今後の課題

- ・多くの職種で共通認識をもって取り組んでいくためには、「低栄養」「過栄養」の概念の統一、スクリーニングやアセスメント、モニタリングのためのツールが必要。
- ・それらを活用しながら、退院・退所者や要支援者への十分な継続的な見守りが必要。
- ・さらに、医師やケアマネジャー等の連携を密にしていくことが必要。
- ・これらの取組が住民に受け入れられるよう、住民に対する意識啓発活動の展開が必要。特に住民に近いところで活動している、民生委員や食生活改善推進委員、生きがい活動の世話人等、住民啓発のキーパーソンになり得る人材に対するアプローチは効果的と考えられる。

6. 島根県西ノ島町国保浦郷診療所・隠岐広域連合立隠岐島前病院

取組のための組織	既存の組織を活用
取組のメンバー	国保直診 ・医師、看護師 地域資源 ・行政保健所管課管理栄養士 ・地域包括支援センター（保健師） ・ケアマネジャー ・ホームヘルパー（社会福祉協議会） ・特別養護老人ホーム職員 ・障害者施設職員
地域の特性	高齢者数 1,268 人 高齢化率 38.2% 独居高齢者世帯数 305 世帯

（1）取り組みに当たっての課題

- ・高齢者は概ね良好な食生活を送っており、特段、栄養面での課題はない。
- ・社会福祉協議会に委託した配食サービスがあり（条件は主として単身もしくは高齢者のみ世帯）、申し込みがあった時点で、行政の栄養士が訪問して、食事についての制限や嚥下・咀嚼の状況、好み、アレルギー等を確認してくる。
- ・平成10年以降、月2回、サービス調整会議を開催しており、医師、病棟看護師、訪問看護師、地域包括支援センター保健師、ホームヘルパー、ケアマネジャー、デイサービス職員、施設職員等が参加している。
- ・これは、現在の院長が前任地で行っていた仕組であり、当初は外部の機関からの参加は少なく、地域の社会資源の間の温度差もあったが、継続していくにつれて、地域内の地域資源全てが参加するようになった。なお、主治医の同席を必須としているので、医師が参加しやすいよう、病院内の会議室を会場としている。この会議により、退院後の患者が在宅でどのような生活を送っているのかが、自然と把握できる。

（2）栄養サポート体制構築に関わった感想

- ・上記の通り、既に各職種・各地域資源の連携は取れているので、連携体制の構築に当たっては、特段の意識の変化等はなかった。
- ・病院から在宅へ移行する場合、栄養面に限らず、日常生活上の留意事項等について関係者が話し合うシステムはすでに確立しているので、特に問題はないと思う。
- ・医師、看護師、保健師、社会福祉協議会の連携はすでに取れていると思う。
- ・この地域は患者の情報を共有しているので、介入しているそれぞれの職種の人が見つけやすい。

- ・ただしその中でも、既存の仕組に栄養という観点を入れていくことの重要性に関して再認識したという声もきかれた。
- ・地域ケア会議によって各職種の連携は取れているので、その中に栄養士も介入し、食生活状況や栄養状態で問題がないかを検討することも必要であろう。
- ・地域の中での栄養士の数は少ないので、相互に協力し合い、簡素化できるような方法も考えていく必要がある。
- ・栄養サポートは在宅支援の一環であるので、支援するメンバー全員が、栄養サポート体制についての認識をもつことが必要だろう。

(3) 今後の課題

- ・現在は、上記のサービス調整会議の場で、入院患者や在宅療養者等の話題も出るので、退院後の様子も把握できている。
- ・また、地域における見守り機能も充実しており、例えば民生員のところで把握した件については、地域包括支援センターや国保診療所等に情報が伝達される。誰かのアンテナにかかる体制ができている。
- ・近所づきあいの中での“おっそわけ”も、地域の中での関わりとしては非常に重要だが、あわせて、きちんとした“仕組”を構築していくことが課題。

7. 大分県姫島村国保診療所

取組のための組織	既存の組織を活用
取組のメンバー	国保直診 ・ 医師、看護師、管理栄養士、歯科医師、歯科衛生士 地域資源 ・ 特別養護老人ホーム（管理栄養士） ・ 行政（保健師）
地域の特性	高齢者数 821 人 高齢化率 33.4% 独居高齢者世帯数 109 世帯

（1）取り組みに当たっての課題

- ・平成 21 年度の特定健診・公費高齢者健診の受診率は 67.6%と非常に高い。受診者 822 人のうち、低栄養（低アルブミン）と判定されたのは 6 人（但し、全て基礎疾患のある方）。
- ・高齢者は全般的に活動的で、健康に過ごしている人が多く、低栄養等が課題となるケースはほとんどない。
- ・近所づきあいが強く残っているので、近所の人にご飯を届ける等のやり取りが当然のように行われている。

（2）取り組みの方向性

- ・診療所には歯科も併設されていることから、医科と歯科の連携が図りやすい環境にある。また高齢者生活福祉センターも隣接していることから、物理的にも連携を図りやすい。
- ・ただし、元気な高齢者に関してはそれぞれの施設・機関が単独で接しているため、連携機関の情報交換の場は設けていなかった。
- ・栄養サポート体制を構築するに当たっては、マンパワー不足という点は否めないが、診療所を中心に、栄養管理の必要な患者等に各種の職種が関わることは大切であるので、下記の 3 点について取り組んでいく。
 - ①入院時に、退院後の栄養管理が必要な患者に対して、栄養管理の必要性等に関する指導を、看護師及び保健師が行い、管理栄養士が食事量や食事形態等の調整を行う。
 - ②外来で訪れた患者に対して、医師の指示によって管理栄養士が指導を行う。
 - ③健康相談等の場を活用して、保健師が対象者の健康状態を確認し、栄養指導が必要な人に対しては管理栄養士が指導を行う。

(3) 取組の経緯

第1回会議内容	<ul style="list-style-type: none">・ 姫島村の高齢者の現状についての確認・ 独居高齢者名簿を見ながらモデル事業の対象者を選定・ NSTスタッフとして、歯科衛生士にも参画をお願いし、口腔ケアや嚥下機能評価等において協力を仰ぐ
第2回会議内容	<ul style="list-style-type: none">・ モデル事業対象者の選定について・ 血液検査と口腔内検査の実施方法について

(4) 今後の課題

- ・ 狭いエリアで、行政が中心となり、地域の有形無形のネットワークが構築されている。また、健康課題がある住民にとってのファーストチョイスが国保診療所なので、自然と、情報も集約される。
- ・ 各種教室や老人クラブへの参加者の大多数は女性であり、男性の参加者が少ない。そもそも介護保険の要介護認定も、行政から声かけをしなければ、自らは言い出さない気質の島民なので、“誰の目にも触れにくい” 人を作らないようにすることが課題。

(47 頁裏)

第4章

栄養サポート体制構築の手引き

(第 4 章表紙裏)

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%となりました。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、せっき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
 - (5) 地域住民への啓蒙
 - (6) “顔の見える” 地域連携づくりのための勉強会の工夫
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) 摂食・嚥下障害を有する在宅症例
 - ①摂食・嚥下障害を疑う
 - ②摂食場面の観察
 - ③簡便な摂食・嚥下機能のスクリーニングテスト
 - ④家族への説明
 - ⑤摂食・嚥下障害への初期対処
 - ⑥専門的摂食・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

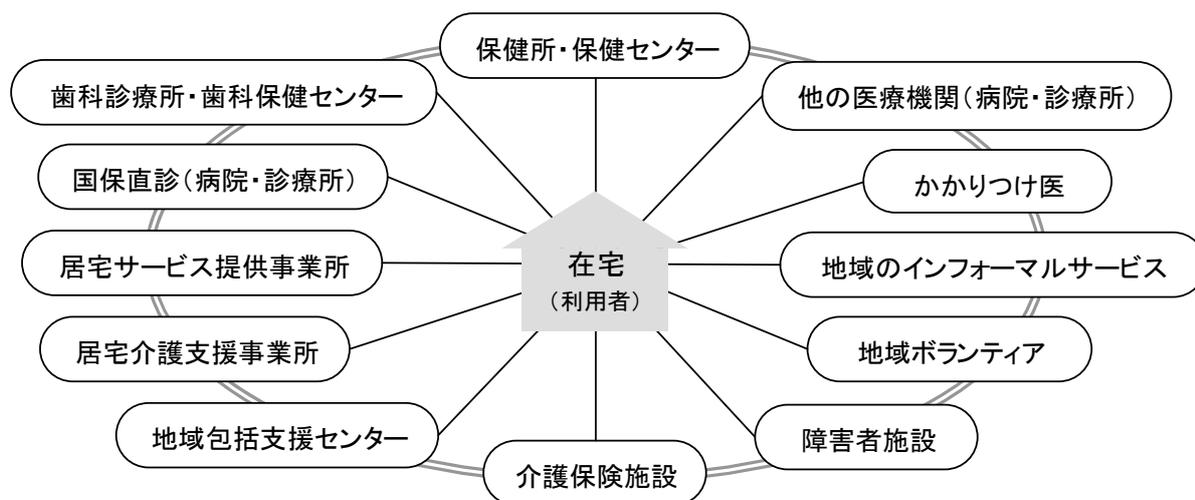
2. 地域の状況に応じた在宅栄養サポート体制

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。

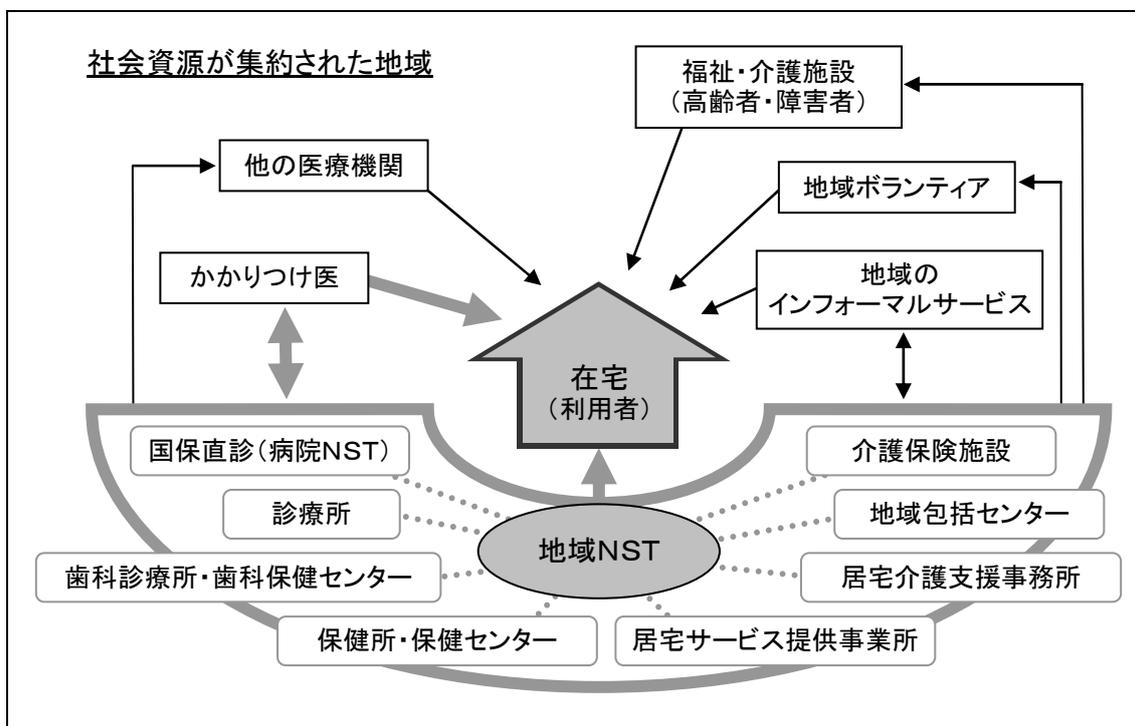
図表 4-1 在宅栄養サポート体制が目指す方向性



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。

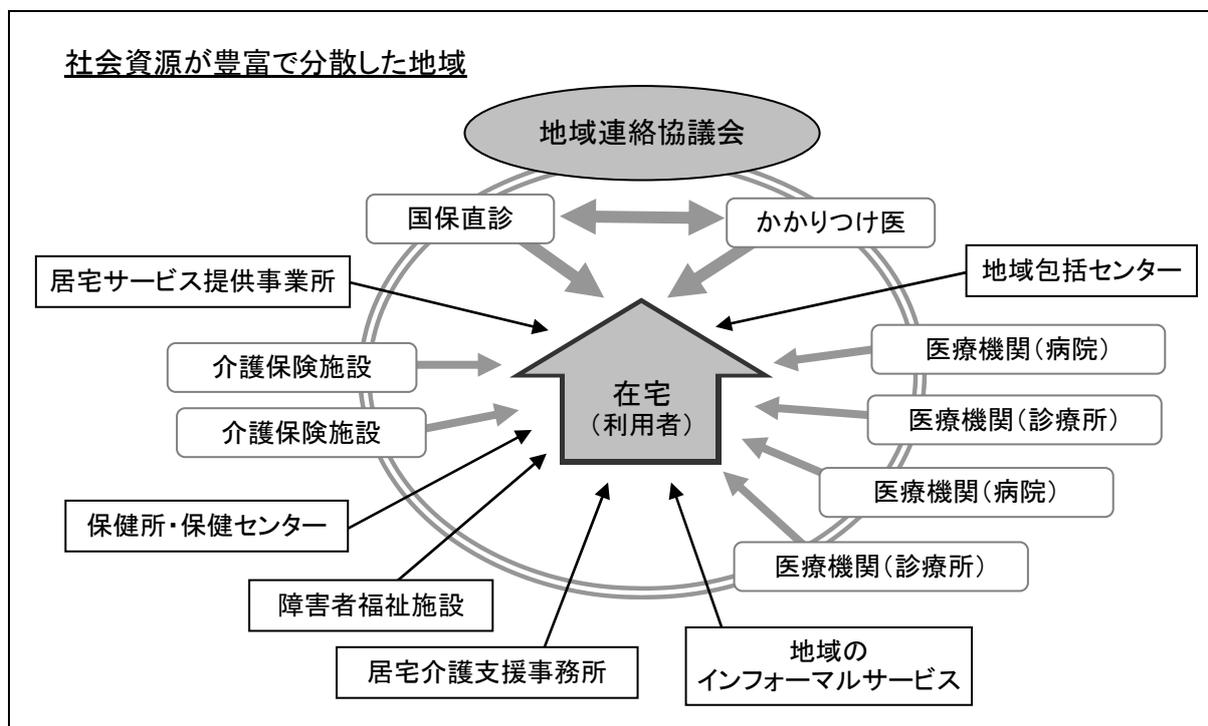
地域 NST 医師は、周辺の開業医（かかりつけ医）と積極的に連携を図ります。かかりつけ医や併設以外でも老人保健施設からの依頼があれば、出張して栄養アセスメントを行い、また病院で専門的な嚥下機能評価を実施して情報提供します。また、NST が誤嚥性肺炎の患者の受け入れ窓口として機能し、肺炎治癒後の適確なタイミングで VE、VF を実施して、経口摂取の可否、推奨される食事形態の選択を行います。情報や知識の共有が進んでいけば、肺炎後の栄養管理の途上にあっても、かかりつけ医に引き継ぐこと

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ます。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。

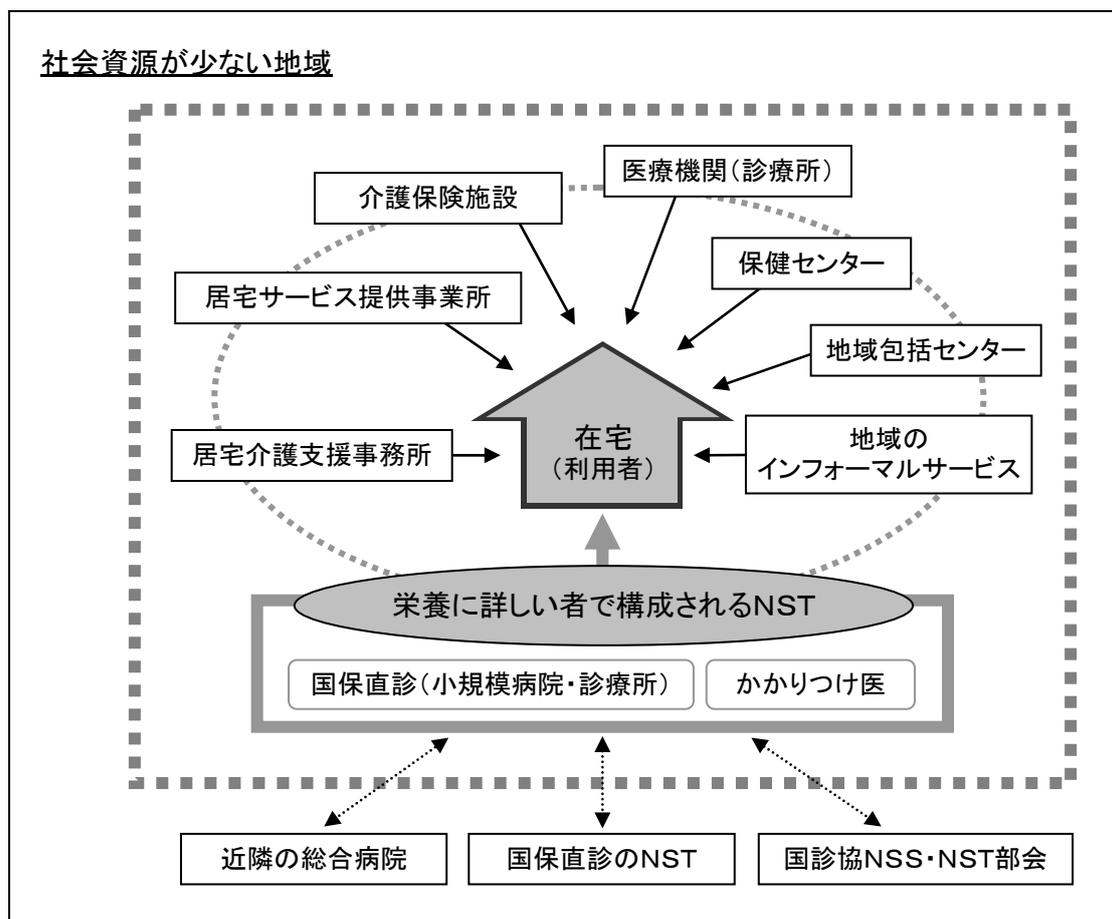
組織の立ち上げに関して、まずは、合同勉強会などで地域での栄養支援の意識を高めます。情報伝達がスムーズとなるよう電子メールのメーリングリストで管理するのが望ましいでしょう。次に、症例に関するコーディネーターの確保ですが、中心的医療機関の職員が担当することが望ましいでしょう。ここで、中心機関の地域連携室のソーシャル・ワーカー等の活躍が期待されます。連携室職員の栄養に対する意識・知識が高ければ、連携のスピードや質を向上させると予想されるので、準備段階から特別な注意を払って NST は彼らに栄養支援とその継続の意義を教育すべきでしょう。

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通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ので、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。

但し、地理的条件が悪く人的資源に恵まれないが、地域におけるスタッフ間連携の年余の努力をもとに、医療・ケアの合同のケースカンファレンス等の実施面での工夫を重ねて、むしろ機能的な包括ケアを実践する直診施設は少なくありません。こういう優れたケア体制と方針の基盤に機能面で栄養支援を強化すれば、新たな組織を立ち上げなくとも、栄養サポートシステムが実現するでしょう。さらに、栄養向上を目的とした住民教育やスタッフ勉強会の運営といった課題に対しても、既に確立された強い人的ネットワークが核となるでしょう。また、概してこのような地域では住民のあいだに協力意識や福祉活動の機運が高いので、食生活改善委員といったボランティアの連絡を活用すると、低栄養予防の啓蒙は地域の隅々に届きやすいと考えられます。

（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。

栄養スクリーニングの様式について、退院前の状況であれば、別表 1-1 『在宅支援のため栄養スクリーニング』を利用できようかと思われませんが、在宅ケアスタッフの方やご家族に利用して頂くには無理があります。そこで、在宅事例に対しては、別表 1-2 に

『在宅支援のための栄養スクリーニング（チェックリスト）』を準備しておりますので、より簡略化された項目に沿って状態を評価して頂き、総合的にサポートの必要性をご検討頂ければと存じます。

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。

以上、介入までの基本的な流れに沿って、スクリーニングからケアモニタリングまでの全ての様式を準備しました。しかし、実践の場では、簡易版スクリーニング表による評価とケアモニタリング表の記入だけで対応可能な事例がほとんどと思われます。皆様の現場に適したものを、これらの様式のなかから選び使用しやすいよう改変下さって結構です。

（5）地域住民への啓蒙

栄養サポートのための取り組みを始めるうえで、我々のモチベーションや“やる気”が必要なのは言うまでもありません。そして、支援を受ける側に栄養の重要性や活動に対する認識があれば、我々のモチベーションをさらに上がるでしょう。また、訪問看護で既に関わりのある事例を介入対象としても、介入を円滑にするには、本人は勿論、ご家族の理解・協力が不可欠です。内容によっては近隣住民や民生委員などの協力が求められる場合もあります。具体的なサービスの意義に対して理解が進めば、受ける側に幸福感・喜びに繋がって、感謝の気持ちと言葉が生まれるでしょう。

そこで、取り組みを始める前に、その対象者とご家族が低栄養とその危険の問題についてある程度の知識を持って頂くよう工夫しましょう。次に、身近な医療・介護スタッフは勿論、地域の社会資源や専門職種が協力し食生活を支える姿勢を伝えます。医学的な基本知識として、加齢により咀嚼・嚥下の能力が低下することすら一般には認識が不十分であり、嚥下や誤嚥の問題は重要度が高い割には解剖学的事項が複雑ゆえ理解が低いと想像できます。これらについては図や写真を用いた説明が望ましいでしょう。

ケアの現場での地道な啓蒙が重要なのは言うまでもありませんが、健康教室や健康座談会など健康啓発のための住民の集まりを有効に活用していきます。まずは、より多くの住民に低栄養やそのリスクに対して問題意識を持ってもらうことが先決でしょう。とかく男性の参加は得られにくいものですが、食事の提供があるような地区の集会等に使

乗すると、一般に健康上の懸念が高い独居男性に対しても情報提供しやすくなるかも知れません。

以上の目的に叶うため、『いくつになっても食べる喜びを一地域における栄養サポートの取り組み一』と題して、一般住民向けのパンフレットを作成しました。栄養支援の関わりについて説明される際にご活用頂ければ幸いです。また、本資料は、在宅の現場において、栄養サポートを実際に始める良いきっかけとなり、あるいは取り組みを説明するのを助けるでしょう。なお、複数の図を提示して誤嚥に関する解説を加えておりますので、病態と危険性及び食形態調整の意義を説明される際にご活用下さい。

(6) “顔の見える” 地域連携づくりのための勉強会の工夫

地域連携を進めるうえで、スタッフ間の顔馴染み的なつながりが大変後押ししてくれます。また、この取り組みに関わる地域社会資源に勤務するスタッフには、栄養ケアの重要性に関する共通認識をもつことは勿論、介入対象の状態と療養環境に応じたケアプランについて知識と技術を得ること、療養環境変化に対するケアの質の維持に注意すること、さらに地域における社会資源やスタッフの動員について具体的方法を知っていることなどが望まれるでしょう。

“顔の見える” 連携の端緒を育み、しかも上の事項を啓蒙する手法として、是非、複数の職種あるいは施設職員の合同での勉強会をお勧めします。ここに、勉強会の事例を紹介します。

まず、地域の医療、介護及び福祉に従事する施設・機関のスタッフを広く対象として、これらの施設に告知表を送付し参加者を募ります。

勉強会の構成としては、全体講義に加え、続いて在宅での栄養支援を必要とする模擬事例に関する小グループ討議を行います。全体講義の内容を、栄養アセスメントの方法（栄養管理の意義の説明を含む）、必要栄養量の算出を含む栄養ケアプランの作成とします。栄養に対する意識の醸成のためには、まずアセスメントとケアプランといった栄養学の基本をおさえて、次の勉強会のテーマとして、摂食・嚥下の問題を扱い、順次必要と思うものを加えていくのが良いでしょう。

次に、グループ討議に移りますが、グループ分けはひとつのグループが数施設のスタッフにより混成されるようにするのが望ましいでしょう。そのためには、くじ引きで決めるのも良いかも知れません。

①講義内容の1例：必要栄養量の算出について

活動性や病態に応じた必要エネルギーの算出法、蛋白質、脂質、糖質の各必要量の算出の仕方について解説します。必要エネルギーの算出について基本的な考え方を示しま

す。まず、全く安静にしていると仮定した場合（植物に近い状態と想定できる）の必要エネルギー量を求めて、身体活動量と生体に加わる侵襲の強さに応じて上乘せしていきます。動物になると植物のときよりもエネルギーが多く要り、動物が病気や怪我をすると余計のエネルギーが求められると考えてみれば、算出法を覚えやすくなります。まず、安静時の必要エネルギー（基礎代謝消費量）には、Harris Benedict の式を用いて計算します。本式では、性別により使用する式が異なり、これに身長、体重、年齢を代入します。男性：基礎代謝消費量 (kcal) = $66 + (13.7 \times \text{体重 kg}) + (5.0 \times \text{身長 cm}) - (6.8 \times \text{年齢})$ 、女性：基礎代謝消費量 (kcal) = $655 + (9.6 \times \text{体重 kg}) + (1.7 \times \text{身長 cm}) - (4.7 \times \text{年齢})$ です。次に、活動性や病態より活動因子や侵襲因子を決定して、安静時必要エネルギーにこれらに乗じて 1 日に必要な総エネルギー量を求めます。必要総エネルギー (kcal) = 基礎代謝消費量 × 活動因子 × 侵襲因子となります。

活動因子は、日常生活活動の程度により決まる係数で、活動量が大きいほど必要エネルギーが増えるよう大まかに設定されています。活動因子の判定：ベッド上安静→1.0、歩行可能→1.2、労働→1.4～1.8。侵襲因子は、生体に侵襲が加われればその分余計にエネルギーが要るとの考え方に基づいて使用され、発熱を伴う疾患、ある程度の外傷、皮膚の損傷あるいは悪性腫瘍などの条件に対して設定される係数です。侵襲因子の判定：感染（軽度→1.2、中等度→1.5、重症→1.8）、ステロイド使用→1.6、熱傷（0～20%体表面積→1.0～1.5、20～40%体表面積→1.5～1.8、40%以上→1.8～2.0）、褥瘡→1.5、小手術→1.0～1.1、大手術→1.2、長管骨骨折→1.15～1.30、頭部外傷→1.6、癌→1.1～1.3。

ところで、1日に必要な蛋白質量 (g) については、体重 (kg) の値に先の傷害係数に乗じて算出します。脂質の必要量については、総エネルギーのおよそ 20%に相当すると考え、計算します。糖質の必要量は、総エネルギーから蛋白質及び脂質によるエネルギー量を引きます。蛋白質、脂質、糖質の 1g はそれぞれ 4、9、4kcal のエネルギーに相当します。

また、蛋白質を体内で有効に利用するためには、蛋白以外での適切なエネルギー補給が欠かせません。そのため、非蛋白カロリー (kcal) と摂取窒素量 (g) の比（非蛋白カロリー/窒素比）を 150～200 となるように、各栄養素の摂取量を調整します。

次に、必要な水分量 (ml) については、通常体重 (kg) に 30～40 を乗じて算出します。ビタミンや微量元素については、一般的に栄養所要量として一日必要量が示されているのでこれを参考にします。

②事例検討

模擬事例を準備して、事例検討形式のグループワークを行います。司会役、記録役、タイムキーパー役、発表役を割り当てて、1事例につき 30 分程度を使います。大きな白紙に多色のマジックインキを用いて記録するのが、簡単で手間が少ないと思います。討議を開始する前に、グループのメンバー全員が施設名、職種、名前、年齢など簡単な自

己紹介をするのがよいでしょう。できれば名札を用意しましょう。

事例の考案と設定にあつては、次に挙げる要素を加えると、議論が深まり効果的になると思います。つまり、口腔機能低下、嚥下障害、糖尿病、褥瘡、PEG 管理、感染症、認知症といった身体要因をはじめ、独居、介護力低下、高齢世帯などの社会的あるいは経済的要因です。また、肝あるいは腎機能障害による栄養制限を入れると、さらに高度となります。模擬事例と検討項目について以下に示します。

模擬事例 - 1 風邪気味で勤務する看護師さん

28 歳、女性、職業：看護師、身長 159cm、体重 60kg、BMI23.7。3 日前から咽頭痛、鼻汁及び全身倦怠感があり、徐々に悪化した。本日の体温は 37.5℃であり調子が悪いが、頑張って勤務している。BMI=体重 (kg) ÷身長 (m) ÷身長 (m) です。

問) 頑張って働くために 1 日に必要なカロリーはいくらでしょうか？蛋白、脂質、糖質の必要量と水分量はいくらでしょうか？

模擬事例 - 2 熱傷の治癒が遷延する嚥下障害の男性の方

78 歳、男性、身長 164cm、体重 50kg、BMI18.6。

診断名：左下腿熱傷。

既往歴：脳梗塞後遺症、嚥下障害、右片麻痺（杖使用で歩行可能）。

病歴：2 週間前に転倒した際に、左手が誤ってガスコンロにあたり、沸騰した鍋のお湯が右下腿にかかって受傷した。左下腿の 60%程度に水疱を伴う第 2 度熱傷を認める。水疱の一部は破れて浸出液を伴う。感染徴候を創部に認めない。

食事に関する情報：2 年前の脳梗塞発症後より嚥下障害を伴っており、咀嚼力の低下もあった。同居の義娘が食事を準備しており、主食は粥、副食は家人のものにミキサーを掛けて提供する。水分には、増粘剤を混入させ緩めのトロミをつける。熱傷の受傷後に食事の量は減ってない。摂取総カロリーは 1300kcal であり、蛋白質を 40g、脂質 36g を摂っていた。水分量は 1250ml であった。

問) 1 日の必要総カロリーはいくらでしょうか？必要な蛋白、脂質、糖質及び水分量はいくらでしょうか？

模擬事例 - 3 仙骨部褥瘡を在宅管理されている方

82 歳、女性、身長 142cm、体重 33.5kg、BMI 16.6。

診断名：仙骨部褥瘡。

既往歴：心不全、脳梗塞後遺症（構語障害及び左不全麻痺）、右大腿骨転子部骨折後。

介護度：要介護4（脳梗塞後遺症と骨折後の廃用症候群）であり、自力での体位変換が不能である。

病歴：もともと自宅のベッドにエアマットを整備していたが、1週間前に仙骨部に褥瘡を生じた）に褥瘡ができたのをヘルパーが発見し、訪問診療の依頼があった。褥瘡は、すでに表皮の壊死組織は脱落しており、真皮深層に達していた。

食事に関する情報：84歳の夫が介護者であり、食事の準備もしていた。しかし、ここ半年間、認知機能の軽度の低下のため、調理においては、分量間違いや包丁での自指の損傷があり、また従来の倍の時間が掛かるようになった。そのため、簡単な朝食のみを準備し、昼にヘルパーによる調理サービスを受け、ヘルパーの来ない日には配食サービスを受けていた。本人は、主食軟飯、副食は軟菜食を介助で8割程度を摂取しており、摂取量は総カロリーが1260kcal 蛋白質 45g 脂質 40g 水分 1600ml。

薬剤：バイアスピリン（抗血小板剤：脳梗塞の薬）、プルセニド（便秘薬）。

嚥下障害：水分でむせることがあるが、嚥下機能評価は実施されていない。

口腔状態：総義歯を使用している。

問）1日の必要総カロリーはいくらでしょう？必要な蛋白、脂質、糖質及び水分量はいくらでしょう？次に、栄養ケアプランを立案してください。さらに、生活全般を支えるために必要なスタッフや施設の連携について、話し合ってみましょう。

最初に比較的単純なケースで試してから、複雑な事例に取り掛かるようにすると進めやすいと思われます。また、グループ数が多い場合には、十分な数の事例を準備し同一事例を検討するのは3グループ以内にとどめた方が良いでしょう。

③検討項目について

総必要カロリーに加え、蛋白質、脂質、糖質の必要量（g）、そして水分量をそれぞれ算出します。次に、摂取量と比較してどのような介入を加えればよいか検討します。さらに、上の例に示すように、栄養サポートを含め在宅支援全般に関して求められること（介護者支援を含む）、利用すべきサービス、連携を図るべき施設・機関について検討します。

同じ事例に対する提案であるのに、職種や所属により内容の深まりに大きな差を感じることがよくあります。そこでは、討議メンバーの性格や能力の一端が垣間見えると同時に、その職種や所属施設の意義・役割を再認識させられます。

テーブルにお菓子やお茶を準備したり、模擬事例の紹介に小演劇を使ったりして、明るく楽しい雰囲気作りに努めましょう。良い印象が、必ず良い人間関係を進めます。

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。

通常の高齢者の場合	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
障害者の場合	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）

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。栄養に比較的に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い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いましょう。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ため、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）摂食・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、摂食・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。

以下に摂食・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。

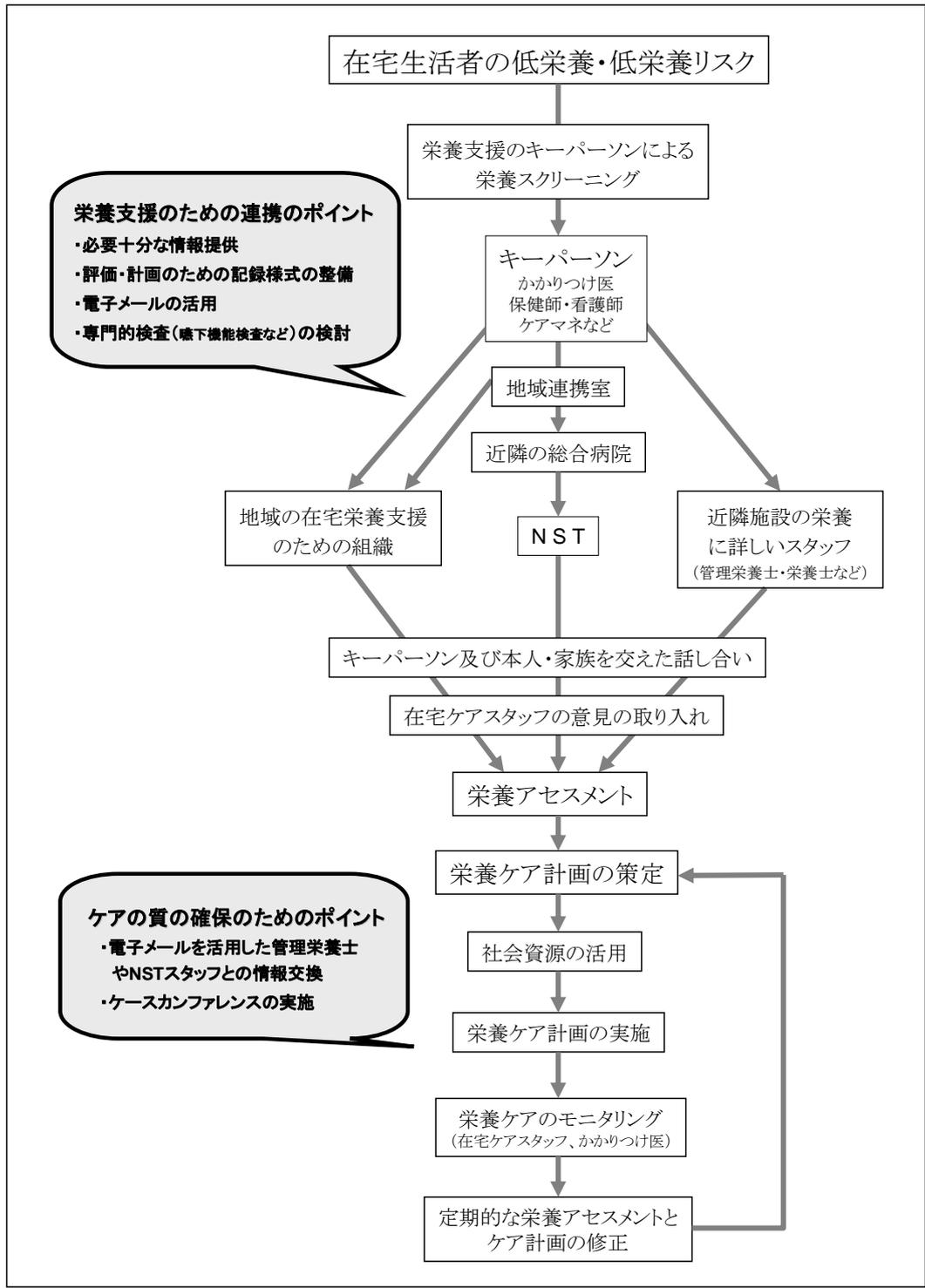
症例個々に対する支援の流れについては、図表 4-5 の在宅栄養サポートのフローチャートを参考にしてください。

【高齢の接触・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絶食による摂食・嚥下機能の低下
- ⑧食事再開と摂食・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摂食・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摂食・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、摂食・嚥下障害を示唆します。

食事時のむせ、食事中や後の咳がみられる場合には、もちろん摂食・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、食事時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。

摂食・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が、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簡便な摂食・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

摂食・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摂食・嚥下障害への初期対処

摂食・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、②定期的な評価の継続、③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 1-1 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

基本情報

平成21年2月 国診協 地域ケア委員会NSS・NST部会

ふりがな	生年月日: 年 月 日		
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 _____) ●在宅→ <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯		
要介護区分	<input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 要支援	ケアマネージャー	
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"/> 認知症 <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	
体重減少率	_____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"/> 3%未満減少	<input type="checkbox"/> 1か月に3~5%未満 <input type="checkbox"/> 3か月に3~7.5%未満 <input type="checkbox"/> 6か月に3~10%未満	<input type="checkbox"/> 1か月に5%以上 <input type="checkbox"/> 3か月に7.5%以上 <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	アレルギー
治療食の指示	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"/> 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"/> 調理師 <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"/> 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"/> 味覚の低下 <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
●全身性症状	<input type="checkbox"/> 発熱や感染の徴候()
●投与中の薬剤	()

【総合評価】

1)在宅栄養支援の必要性 必要 チーム支援を望む 不要

2)栄養に関して相談したい職種

保健師 看護師 医師 歯科医 栄養士 ST
 家族 ケアマネージャー その他()

3)連絡・相談が必要な施設・機関 → 名称:

病院(NST) 診療所 保健所・保健センター 社会福祉協議会
 地域包括支援センター 障害者施設 介護保険サービス事業所
 その他()

記入日:

平成 年 月 日

記入者名:

記入者の職種:

()

別表 1-1 栄養スクリーニング表 (チェックリスト)

在宅支援のための栄養スクリーニング(チェックリスト)

平成21年8月 国診協 地域ケア委員会NSS-NST部会

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
居住環境	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設入所(施設名 _____) ●在宅→ <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯		
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	
疾患	<input type="checkbox"/> 認知症 <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(_____)		

チェックリストで評価してみましょう

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>A) 咀嚼・嚥下について</p> <p><input type="checkbox"/>1.家族と同じものが食べられない</p> <p><input type="checkbox"/>2.食べ終わるのに時間がかかるようになった</p> <p><input type="checkbox"/>3.食事中に咳き込んだりむせることがある</p> <p><input type="checkbox"/>4.薬を飲んだ時にのどにひっかかったりする</p> <p><input type="checkbox"/>5.話をすると顎(あご)やのどが疲れる</p> <p><input type="checkbox"/>6.いびきをかく</p> <p><input type="checkbox"/>7.口の中がねばねばする</p> <p><input type="checkbox"/>8.口臭が気になる</p> <p><input type="checkbox"/>9.義歯(入れ歯)をしているけど合わない</p> <p><input type="checkbox"/>10.口の中がよく乾いた感じがする</p> | <p>C) 活動性や元気さに関する印象</p> <p><input type="checkbox"/>1.最近元気が無くなってきた</p> <p><input type="checkbox"/>2.口数が少なくなった</p> <p><input type="checkbox"/>3.横になる時間が長くなった</p> <p><input type="checkbox"/>4.寝たきりである</p> |
| <p>B) 胃や腸に関する症状</p> <p><input type="checkbox"/>1.食事量が減っている</p> <p><input type="checkbox"/>2.下痢が続く</p> <p><input type="checkbox"/>3.嘔吐や吐き気が気になる</p> | <p>D) 体格や外表</p> <p><input type="checkbox"/>1.やせてきた(体重が減った)</p> <p><input type="checkbox"/>2.むくみがある</p> <p><input type="checkbox"/>3.肌ツヤが悪くなった</p> <p><input type="checkbox"/>4.床ずれがある</p> |
| | <p>E) 肺炎や感染症を疑う病歴・徴候</p> <p><input type="checkbox"/>1.肺炎で治療を受けたことがある</p> <p><input type="checkbox"/>2.痰が多い</p> <p><input type="checkbox"/>3.ちよくちよく発熱する</p> |

求められるサポートを検討しましょう

- A) 必要なサービス
- 歯科診療 口腔ケア 嚥下機能評価 栄養評価・指導 服薬指導・薬剤管理 経管栄養指導
- 調理・食材調達支援 配食サービス 嚥下障害食・トロミ調整の指導 嚥下リハビリ
- 他のサービス(_____)

- B) チームでの支援が必要?
- かかりつけ医への相談で対応 特定の専門職種への相談で対応
- ケース会議での相談 地域の栄養支援組織への相談

- C) 相談や支援の依頼先

氏名・名称	電話番号・メールアドレス

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

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:

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

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	食事に對する満足	<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()			
	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)			
	水分・蛋白質	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: %			
	トロミ	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要(種類:)			
	介助	<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			
	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)			
	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			
	傷	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
褥瘡	有無	<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:	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):	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):	血清アルブミン(g/dl): CC(cm):
	Hb(g/dl):	HbA1c(%):	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			
	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

第5章

栄養サポートへの取組に関する 具体的検討

(第 5 章表紙裏)

1. セミナーによるグループワークの概要

(1) セミナーの実施概要

①日時・場所

2010年2月23日 13:00～16:30 都市センターホテル 606 会議室

②参加者数

37名

③内容

時間	内容
13:00-13:05	開会式 挨拶 社団法人全国国民健康保険診療施設協議会 会長 富永 芳徳
13:10-13:50 (30分)	事業報告 「地域における栄養サポートシステムの構築について」 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 教授 松坂 誠應
13:50-16:50 (3時間分) 説明: 40分 進め方: 10分 休憩: 10分 検討: 60分 発表: 30分 まとめ: 30分	ワークショップ コーディネーター: 松坂 誠應 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科教授 I. マニュアルの説明と先進事例、ヒアリング事例の紹介 (40分) (菅原委員) II. グループワークの進め方 (10分) 事務局 休憩 (10分) III. グループワーク (60分) テーマ i 「病院における地域の栄養サポート体制構築」 テーマ ii 「診療所における地域の栄養サポート体制構築」 III. 発表 (30分) IV. まとめ・全体討議 (30分)
16:25-16:30	閉会式 挨拶 社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

(2) グループワークの形式

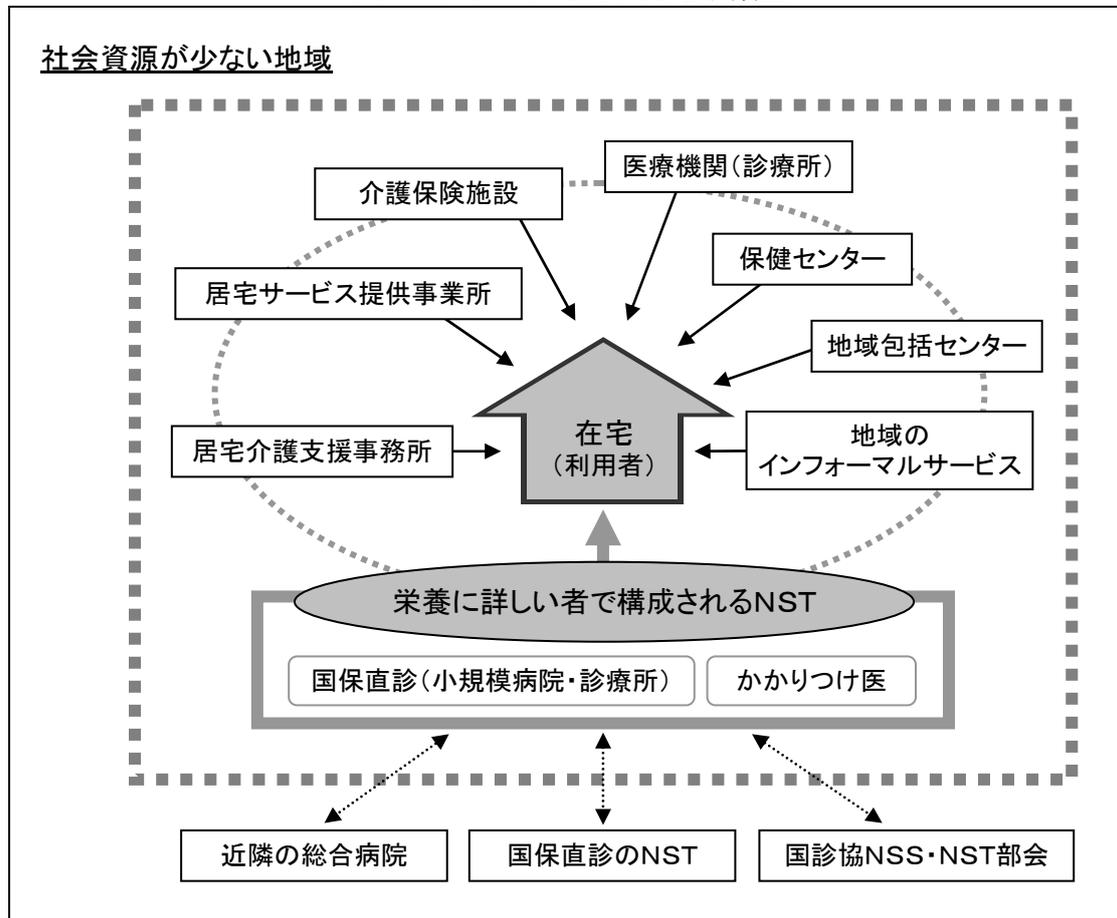
【グループ分け】

参加者を7名ずつ4つのグループに分け、社会資源が少ない地域における「病院における地域の栄養サポート体制構築」(1グループ)と「診療所における地域の栄養サポート体制構築」(3グループ)についての検討を行った。

(3) グループワークの内容

社会資源が少ない地域におけるモデル事例において、事例における問題点は何か、どのような資源を活用してどのように対応したらよいか、不足している資源をカバーするためには何が必要か等、サポートの体制の構築をグループごとに検討した。グループでまとめた検討結果を発表し、質疑応答と全体討議を行った。

グループワークで用いた地域類型



検討事例：要介護者の栄養リスクと介護力の低下

80歳の夫と72歳の妻の二人暮らし世帯。72歳の妻は脳梗塞後遺症で右片麻痺、嚥下障害を有し、廃用症候群のため歩行困難である。妻は部分義歯を使用しており、ある程度口腔機能が残存している。夫が調理と食事介助をしている。妻には水分に増粘剤が必要である。最近、夫のADLの低下傾向がみられ、買い出しと調理が多少困難となった。水分に増粘剤を入れるのを忘れることが再々である。妻の部分義歯の洗浄や残歯の歯磨きを全くせず、口腔内は不潔な状態で放置されるようになった。地域の歯科開業医は、理解に乏しいと仮定する。

2. グループワークにおける検討結果

(1) テーマ i 「病院における地域の栄養サポート体制構築」

① Aグループのまとめ

○ 前提

- 夫；要支援2
- 妻；要介護3～4

○ 問題点

- 老々介護で負担が大きい
- 夫のADL低下による物忘れや買い物、調理、食形態の維持の困難
- 栄養を考えた調理が出来ない（栄養面への配慮）
- 食事介助の必要性
- 口腔ケアの必要性
- 誤嚥性肺炎のリスク
- 増粘剤の付加
- 夫婦以外との家族関係
- 妻は脳梗塞後遺症で右片麻痺、嚥下障害を有し、廃用症候群のため歩行困難

○ キーパーソンとなる資源と役割

- ケアマネジャー：生活の質の評価、介護保険の申請等
- ヘルパー：口腔のケア
- 歯科医師、歯科衛生士：妻の口腔状態を改善（口腔リハビリ等）
- 栄養士：栄養面の評価、食形態、嗜好の管理
- 主治医：認知症、病状の診断
- 民生委員、地域包括センター：生活の質の評価、介護認定の申請等
- ボランティア、近隣の住民、家族：食形態の指導

(2) テーマ ii 「診療所における地域の栄養サポート体制構築」

② Bグループのまとめ

○ 対応別 キーパーソンとなる資源と役割

(予防的対応)

- **保健師**：夫に代わる健康管理
- **ケアマネジャー**：ケアプランのマネジメント
- **主治医（開業医、開業主治医）**：ケアカンファレンスの開催
- **看護師**：訪問看護
- **ヘルパー**：買い物、家事
- **配色サービス**
- **保健センター**
- **歯科医師**：訪問歯科診療 DH の指導
- **介護保健施設**：通所リハビリ、夫への予防リハビリ、昼食の確保
- **栄養士**：食事器具の改善、摂食指導
- **民生委員、近隣の住民**：家族の調整、増年剤投与の手助け
- **その他**：補助的食品の利用

公的サービス

インフォーマルサービス

(治療的対応)

- **開業医**：薬品、栄養剤の利用、夫の認知症の評価、治療
- **開業歯科医師**：歯科治療（咀嚼の改善）
- **老人保健施設**：ショートステイ等

③ Cグループのまとめ

○ 前提

- 夫：要支援1
- 妻：要介護度3、認知度低下
- ケアマネジャーの支援有り

○ 問題点

- 家族のサポートは可能であるか
- 介護サービスの利用状況はどれぐらいか

○ キーパーソンとなる資源と役割

- **国保直診の訪問診療医師、看護師**：訪問診療、訪問看護、外来 NS による栄養状態の改善
- かかりつけ医：往診
- **栄養士**：栄養指導、食形態、トロミの調整指導
- 保健センター：栄養指導
- **ケアマネジャー**：家族との関わりの調節、サービスの調整
- 通所サービス：介護予防
- 地域包括支援センター：介護のコーディネート、福祉用具の貸し出し等
- ヘルパー：食事介助、調理、家事代行、口腔ケア、排泄介助
- 介護保健施設：通所リハビリ、口腔機能向上指導、デイケア
- 理学療法士・作業療法士：訪問リハビリ、口腔機能維持、筋力維持のためのリハビリ
- 歯科医師：診療、訪問診療、口腔評価、口腔ケア
- 家族、近隣の住民、ボランティア：通院手段の提供
- 通信販売：嚥下食、流動食など食材の調達
- 配食サービス：食事の提供
- 入浴サービス：入浴の介助
- サービス担当者会議：全体的な調整、情報の共有

④ Dグループのまとめ

○ 前提

- 妻の介護保険の認定あり
- ケアマネジャーの支援有り

○ 問題点

- 妻の歩行困難
- 歩行障害から来る外出の困難、排泄動作の問題
- 右片マヒによる摂食困難
- 嚥下機能評価の不実施、嚥下障害（脱水、低栄養）
- 夫の調理による工夫の困難（食形態、栄養バランス）
- 夫の介護負担
- 口腔ケア不足（口内炎、食事の意欲の低下、誤嚥性肺炎のリスク）により、介護量の増加の可能性
- 夫のADL低下による介護力の低下（増粘剤の入れ忘れ、介護力の低下）
- 夫への支援不足（相談体制、介護支援、健康診断、認知症の把握）
- 高齢世帯であることのハイリスク
- 夫の社会不参加

○ キーパーソンとなる資源と役割

- 理学療法士・作業療法士：歩行困難に対する訪問リハビリ
 - **国保直診の医師、看護師**：診療、訪問看護
 - 在宅サービス支援業者：歩行困難、摂食困難、家事等の支援
 - **管理栄養士**：食事の指導、栄養管理
 - 保健センター：食事の指導
 - **食生活改善推進員**
 - ヘルパー
 - **民生委員、近隣の住民**
 - **ケアマネジャー**
 - 地域包括センター
 - 配色サービス
 - 言語聴覚士：嚥下障害の診断
 - かかりつけ医：嚥下障害診断のための近隣の総合病院のST、医師の紹介
 - 居宅サービス提供事業所：各種介護サービスの提供
 - 歯科医師、歯科衛生士：連携をとって口腔ケア
 - ヘルパー：歯磨き指導、口腔ケア
 - 保健師
 - 老人保健施設：デイサービス、ショートステイ
- ：介護の支援、食事の支援
- ：夫の社会参加を支援

(3) 質疑応答

① Aグループの質疑応答

- 現場で生活を支えるキーパーソンは誰なのか。
 - →ヘルパーをキーパーソンとする。
- 社会資源が少ない地域で、このサポート体制は機能するのか。
 - 近所の助け合いなどのインフォーマルなサポートからはじめ、公的なサポートへと移っていくと考えている。
- 栄養面の評価はヘルパーが行えるのか。
 - 栄養サポート体制構築の手引きの24～27ページに掲載されている形式では、ヘルパーは利用することが出来ないなので、アセスメントケアの部分は省略して使用してもよい。スクリーニングとモニタリングの部分は簡便化してあるので、すぐに活用して欲しい。

② Bグループの質疑応答

- 社会資源が少ない地域で、このサポート体制は機能するのか。
 - 社会資源が少ない地域というのは、少ないなりに、歴史的に資源が集約され、機能的なネットワークが構築されていることが多い。
- 栄養サポート体制構築の手引きを使用するのは具体的に誰なのか。
 - 病院の医師は、NST等を行っているが退院時の指導で手がいっぱいであることが多いので、栄養士や保健師が行う。栄養士や保健師は、地域栄養士連携会などで集まって勉強会も行っている。地域で最も近いスタッフから、栄養サポート体制構築の連携が広がる仕組みを考えている。

③ Cグループの質疑応答

- マネジメント会議など、優れた連携策を考えているが、連携をするための工夫とは何か。
 - 今回の事例では、栄養だけではなく介護のマネジメントも必要である。サービス担当者会議では自分たちが活用できる機関に対して出来る範囲での声かけを行う。ある程度のケアプランをたてて、家族や本人、栄養が専門である地域包括支援センターへ伝え、サポート体制をとってゆく。

④ Dグループの質疑応答

- ヘルパーがケアの必要性に気づいて、訪問看護へつながる場合はどういう形であるのか。
 - 訪問看護で働いているが、ヘルパーや訪問看護は同時に利用している場合が多いので、ヘルパーが介護した際に気づいたことがあれば、訪問看護やケアマネに情報が伝わる環境がある。

⑤ 全体への質疑応答

- 栄養面の評価はヘルパーが行えるのか。
 - 栄養サポート体制構築の手引きの24～27ページに掲載されている形式では、ヘルパーは利用することが出来ないため、アセスメントケアの部分は省略して使用してもよい。スクリーニングとモニタリングの部分は簡便化してあるので、すぐに活用して欲しい。
- モニタリングの身体計測部分で、体重測定と皮下脂肪の計測は義務化しなくてもよいのではないか。
 - 身体計測で、皮下脂肪の値などの項目があるが、くれぐれも全ての項目が必須なものではない。大きく全体的な経過をみて、変化を察知するためのものである。
- 栄養サポート体制の構築において、参加者の方々の属する地域で行っている、連携をするための工夫の例を教えてください。
 - ケアカンファレンスなどで月1回集まる場合、開業医、衛生士、担当医師、訪問看護の担当者などで情報を交換している。日々の連絡も行っており、点検のためのクリニカルパスを活用して、エクセル等で管理している。
 - 人口が少ないので、職員間の連携の体制はすでに出来ている。しかし、組織立って強いつながりにまではなっていない。
 - 地域の方が栄養士や看護師に関わることはないが、地域包括支援センターの職員が関わっている。月1回医師を中心に看護師、栄養士、介護士が集まって勉強会を行っており、顔の見える連携作りを行っている。
 - 院内NSTはあるが、地域に向けたものは存在しない
 - 地域でネットワークがあり、介護の事業者もメンバーに入っていて簡単なスクリーニング表にチェックを入れてもらっている。血液検査が必要なものやマンパワー不足の問題もあるが、連携の意識の投げかけは病院から行っている。

 - 栄養サポートについては、もともと院内でのケアカンファレンスが充実していたが、在宅の場合は実際病院から出て行かないと状態がわからない。病院と在宅の橋渡しが上手く出来ていないので、医師や看護師などのスタッフは、もう少し在宅での様子を見たほうがよいと考える。病院を中心としてキーパーソンとなるのは、看護師が望ましい。
また、地域住民との連携については、独居の患者の栄養問題を民生委員に話しているが、状態などの情報はあまり入ってこない。連携が難しいと実感している。
 - ケアカンファレンスの開催には、日程の調整が大変である。民生委員や食生活改善推進員等、インフォーマルな資源を巻き込む場合、彼らの自宅で開催するなどの工夫をしている。キーパーソンが誰で、どういう職種を巻き込むのかを明確にした上で栄養サポート体制構築の計画を立てるべきである。

- 地域 NST が月 1 回勉強会を行っている。食事、栄養連絡表で情報の共有を行っている。嚥下食のグレードが病院によって異なり、統一の必要性があったので一覧の対応表を作成した。地域連携パスでの NST シートもあるが、嚥下食についてはグレードを統一しようとしている。

(4) まとめ

- 地域における栄養サポートシステムの構築には、連携の工夫がポイントとなる。
 - ・ 顔の見える関係作り
 - ・ 学習会やカンファレンスにて共同作業をしていくこと
- 情報や役割のパスを出すだけでなく、パスがどのように動いていくかを学んでいくことが必要である。
- 学習会や研修会の中のテーマを早期発見することが必要である。
- 必要不可欠となるモニタリング項目についても、だれが管理を行うか、役割をうまくパスしていくべきである。

(5) 総評

- 今回のように、もともとモチベーションの高い人が集まってセミナーを行っているが、関心のない人の視点からの意見もあれば参考になると考えている。
- 地域において、昔からある、大切な「変わってはいけないもの」を守るために、自分たちが変わっていかなければならないとも感じている。

(95 頁裏)

第6章

栄養サポートシステム構築に 向けた課題

(第 6 章表紙裏)

1. サポートシステム構築の課題

多くの施設で、障害者に限らず、在宅生活者全般を対象とした栄養サポートシステムの構築への取組意向はあるものの、取組に当たっては、人材不足が阻害要因となっている。平成 20 年度に実施したアンケート調査結果をみても、栄養サポートシステムが「必要ない」とする施設は 3.8%に過ぎないが、「必要と思うが施設の事情により困難な状況」(64.8%)、「必要とは思いますがチームによる関わりは難しい」(19.1%)とする施設が多く、「実施に向けて前向きに検討したい」とする施設は約 2 割程度 (19.8%)。

2. モデル事業を通じた栄養サポートシステム構築の方向性

栄養サポートがカバーする領域は多岐に及ぶため、関係機関・関係者も多岐に及ぶ。したがって、まず「集まり」「顔を合わせる」ことができおらず、結果的に取組意向はあっても取組が進んでいなかった。

しかし、モデル事業を通して、これまで連携の薄かった関係機関にも声をかけ、相互に果たし得る役割等を話し合うことにより、相互に顔のみえる関係を構築し、それぞれが把握した情報を共有していくことが可能となった。

実際、社会資源の少ない地域では、機能的な地域ケア体制が構築されていたり、また専門職種が少ないが故に、相互に役割分担を図っていこうという機運も生まれ始めた地域もある。

これらの取組を継続させるためにはキーパーソンが必要となろうが、社会資源が少ないが故に、キーパーソンが十分にその役割を果たすためには、“キーパーソンをサポートする”体制の整備が必要。

また、今回のモデル事業を通して、栄養サポートシステムに関するいくつかのモデル・取組の方向性を見出すことができた。

- ①院内 N S T が地域に出て行くことにより地域内の栄養サポート体制を構築
- ②住民に身近に接している民生委員や生きがい事業の世話人等を通じて住民を啓蒙
- ③専門職種が極めて少ない地域においては予防及び「できること」に注力
- ④地域資源が限られている地域では逆に機能的な地域ケア体制を構築

今後、各地域で栄養サポート体制を構築していくに当たっては、これらの様々なモデルを参考にし、自らの地域にカスタマイズしていくことが必要。

(99 頁裏)

資料編

(資料編表紙裏)

**地域における栄養サポートシステムの構築事業
モデル事業実施要領**

平成 21 年 9 月

社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

1. 事業の背景と目的 ～事業実施に当たってのお願い～

院内における NST への取組や退院時の栄養ケアマネジメントについては、その重要性が理解され、取組が進められるようになってはいますが、医療機関との関わりが少ない（関わりがない）、もしくは退院してから一定の期間が経過した人々への栄養サポートへの取組は、その必要性や重要性がある程度は認識されているものの、取組が進んでいるとは言い難いのが現状です。

そこで国診協では平成 20 年度に、「地域における栄養サポートシステムの構築事業」に取り組み、アンケート調査からは、

- ①在宅生活者を対象とした栄養サポートへの取組が低調であること、
- ②しかし多くの医療機関や介護保険サービス事業所等でその必要性を感じていること、
- ③また取り組まれている場合でも地域資源を活用したネットワークというよりも、問題意識を持った医師や看護師による単発的な取組となっていること、

等が確認できました。

また先進事例を対象としたヒアリング調査からは、医療機関をはじめとして、介護保険サービス事業所、食生活改善推進委員、給食センターやボランティアによる配食サービス提供者等も含めた様々な地域資源がネットワークを構築することにより、これらの取組の継続性やさらなる充実を図ることが可能となるという示唆を得ることができました。

これらの結果は、地域資源のネットワーク化によって相互に機能を補完し、取組を進めることが可能となることを表していると考えられます。そこで今年度は、栄養サポートを必要とするすべての人に何らかのサービスが提供されるようなサポート体制・ネットワーク構築とその恒常的な定着を図るための仕組みづくりに取り組もうと考えております。

この度のお願いは、地域資源のネットワーク化が可能と思われる施設（地域）、昨年度のアンケート調査において、「在宅療養者に対する継続的なサポートは行っていないが、今後の取組意向はある」というご回答をいただいた施設（地域）に対して、実際に地域資源のネットワーク化にお取り組みいただくものです。

大変お忙しいところ誠に恐縮ですが、本調査の主旨をご理解いただき、事業実施にご協力下さいますよう、重ねてお願い申し上げます。

2. お取組いただく内容

Step1：地域における関係機関の連携の仕組づくり

様式1：実施体制

- 貴施設が所在する地域において、関係機関が連携を図るための組織を組成していただきます。
- その際、既に地域内にある組織等において、本事業へのお取組が可能である場合には、新たに組織を組成していただく必要はございませんが、栄養サポートという面からみて既存組織に不足している人材・機関等がある場合には、それらの方々にもお声がけをお願いいたします。

Step2：地域分析の実施

様式2：会議記録

様式3：地域分析

- Step1 で組織したメンバーにより、
 - ・ 貴施設が所在する地域における地域資源の状況
 - ・ 現在の連携体制の状況と連携のために必要な条件
 - ・ 栄養サポート実施上の課題
 - ・ 対象者の把握方法 等について検討していただきます。
- ご検討いただく際には、検討課題や課題整理のためのフォーマット例をお示しさせていただきますし、また対象者を把握する際の基準につきましては、別途、マニュアルを作成・送付させていただきますので、それらをご参考にしていただければ幸いです。

Step3：モデル事業実施に当たっての討議

- Step2 の地域分析が終了した段階で、地域分析の結果や、今後の取組方針について、本事業を取組主体である検討会・作業部会委員を交えた議論をさせていただきます（その際訪問させていただいた委員が、当該地域の担当委員となる予定です）。
- 検討会・作業部会委員が訪問させていただく日程につきましてはご調整をお願いすることになりますが、できる限り、多くの地域資源の関係者がお集まりいただける日時でご調整いただければ幸いです。

Step4 : モデル事業の実施

様式4 : 具体的事例

様式5 : 栄養スクリーニング表

様式6 : 栄養ケアモニタリング表

- 実際に対象となる在宅生活者を把握し、栄養サポートを実施していただきます。
- 具体的には、摂食・嚥下機能の低下した方や、身体的自立度が高くても独居の高齢者、等を想定しております。
- また、事業を進めていただいている過程で、適宜、検討会・作業部会委員による助言・指導を行いますので、不明な点や不安な事項等がございましたら、いつでもご連絡いただければ幸いです。

Step5 : モデル事業実施の効果の把握

様式7 関係者意識調査

- 実際に関わった方々の「意識の変化」「行動の変化」を把握させていただくための簡単なアンケート調査を実施させていただき、その変化をもってモデル事業実施の効果とさせていただきます。

3. 調査票等の提出について

様式名	提出の 要否	提出期限
様式1 : 実施体制	○	月 日 ()
様式2 : 会議記録	○	月 日 ()
様式3 : 地域分析	○	月 日 ()
様式4 : 具体的事例	○	月 日 ()
様式5 : 栄養スクリーニング表 (チェックリスト)		月 日 ()
様式6 : 栄養ケアモニタリング表		月 日 ()
様式7 : 関係者意識調査	○	月 日 ()

4. お使いいただく様式

様式1：実施体制

様式2：会議記録

様式3：地域分析

様式4：具体的事例

様式5：栄養スクリーニング表（チェックリスト）

様式6：栄養ケアモニタリング表

様式7：関係者意識調査

地域における栄養サポートシステム事業 実施体制表

施設・地域名			
実施体制 の状況	組織名		
	既存組織の活 用の有無	1 既存の組織を活用 →既存組織の目的・機能 () 2 本事業のために新たに組成	
メンバー	氏名		本事業における所属機関等の 役割・機能
	所属機関・職種		
	氏名		本事業における所属機関等の 役割・機能
	所属機関・職種		
	氏名		本事業における所属機関等の 役割・機能
	所属機関・職種		
	氏名		本事業における所属機関等の 役割・機能
	所属機関・職種		
	氏名		本事業における所属機関等の 役割・機能
	所属機関・職種		
	氏名		本事業における所属機関等の 役割・機能
	所属機関・職種		
	氏名		本事業における所属機関等の 役割・機能
	所属機関・職種		
	氏名		本事業における所属機関等の 役割・機能
	所属機関・職種		
会議予定	第1回	日時：平成 年 月 日	時間： ～
	第2回	日時：平成 年 月 日	時間： ～
	第3回	日時：平成 年 月 日	時間： ～
	第4回	日時：平成 年 月 日	時間： ～

地域における栄養サポートシステム事業 会議記録

施設・地域名	
開催日時	開催年月日：平成 年 月 日 時間： ～
開催場所	
出席者	
議題	
議事要旨	

地域内で連携して栄養サポートに取り組む際の方向性	現在の連携体制の状況	
	取り組む際の中心的機関・人材（職種）	
	具体的な連携方策案	
	対象者の把握方法案	
	連携に当たっての課題・必要条件等	
連携先・連携可能先・相談先等	栄養全般に関して	(氏名・名称) (連絡先)
		(氏名・名称) (連絡先)
	生活習慣に関して	(氏名・名称) (連絡先)
		(氏名・名称) (連絡先)
	口腔機能に関して	(氏名・名称) (連絡先)
		(氏名・名称) (連絡先)
	摂食・嚥下に関して	(氏名・名称) (連絡先)
		(氏名・名称) (連絡先)
食事の作り方等に関して	(氏名・名称) (連絡先)	
	(氏名・名称) (連絡先)	
参集者の感想		
その他 (事業実施上の課題等)		

地域における栄養サポートシステム事業 具体的事例

本事例におけるサポート体制について

施設・地域名		
対象者 属性	年齢・性別	() 歳 男・女
	要介護度	1 自立 2 自立(特定高齢者) 3 要支援 1・2 4 要介護 1・2 5 要介護 3・4 6 要介護 5
	家族構成	1 独居 2 夫婦のみ 3 親と同居 4 子どもと同居 5 その他 ()
栄養サポートの対象となった経緯		
連携を取っている機関		1 市町村の保健福祉部門 2 保健所・保健センター 3 医療機関(国保直診) → ア. 病院 イ. 診療所 ウ. 歯科診療所 4 医療機関(国保直診以外) → ア. 病院 イ. 診療所 ウ. 歯科診療所 5 訪問看護ステーション 6 地域包括支援センターや在宅介護支援センター 7 居宅介護支援事業所 8 介護保険サービス事業所 → ア. 施設(入院・入所)サービス イ. 居宅(在宅)サービス 9 民生委員 10 食生活改善委員 11 健康づくり推進員 12 住民ボランティア・NPO 13 その他 ()
栄養サポートにおける キーパーソン		1 保健師 2 訪問看護師 3 医師・歯科医師 4 栄養士・管理栄養士 5 その他 ()
関係機関間での 情報共有の方法		1 口頭での必要事項の伝達 2 共通のフォーマットや地域連携パスを用いた情報共有 3 ケア会議の場での情報共有 →開催頻度(月 回) 4 その他 ()

本事例の具体的内容について

<p>対象者の状況</p>	<p>※対象者の状況等について、具体的にご記入下さい。</p>
<p>貴施設を含めた地域資源それぞれの役割</p>	<p>※医療機関、訪問看護ステーション等、地域資源の内容とそれぞれの役割等を具体的にご記入下さい。</p>
<p>関与が望まれる職種</p>	<p>※本事例において関与が望まれる職種等がございましたら、ご記入下さい。あわせて、その職種が担うべき役割を、現在はどうなたが担っているのか（誰も担っていないのか）もご記入下さい。</p>
<p>必要とする助言・指導等</p>	<p>※栄養サポートの推進に当たって必要とする助言等がありましたらご記入下さい。</p>

在宅栄養支援のための栄養スクリーニング表（チェックリスト）

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
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(_____)	

チェックリストで評価してみましょう

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>A) 咀嚼・嚥下について</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 家族と同じものが食べられない</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 食べ終わるのに時間がかかるようになった</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 食事中に咳き込んだりむせることがある</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 薬を飲んだ時にのどにひっかかったりする</p> <p><input type="checkbox"/> 5. 話をすると顎(あご)やのどが疲れる</p> <p><input type="checkbox"/> 6. いびきをかく</p> <p><input type="checkbox"/> 7. 口の中がねばねばする</p> <p><input type="checkbox"/> 8. 口臭が気になる</p> <p><input type="checkbox"/> 9. 義歯(入れ歯)をしているけど合わない</p> <p><input type="checkbox"/> 10. 口の中がよく乾いた感じがする</p> <p>B) 胃や腸に関する症状</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 食事量が減っている</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 下痢が続く</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 嘔吐や吐き気が気になる</p> | <p>C) 活動性や元気さに関する印象</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 最近元気が無くなってきた</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 口数が少なくなった</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 横になる時間が長くなった</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 寝たきりである</p> <p>D) 体格や外表</p> <p><input type="checkbox"/> 1. やせてきた(体重が減った)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. むくみがある</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 肌ツヤが悪くなった</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 床ずれがある</p> <p>E) 肺炎や感染症を疑う病歴・徴候</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 肺炎で治療を受けたことがある</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 痰が多い</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ちよくちよく発熱する</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

求められるサポートを検討しましょう

- A) 必要なサービス
- 歯科診療 口腔ケア 嚥下機能評価 栄養評価・指導 服薬指導・薬剤管理 経管栄養指導
- 調理・食材調達支援** **配食サービス** 嚥下障害食・トロミ調整の指導 嚥下リハビリ

他のサービス(_____)

B) チームでの支援が必要？

- かかりつけ医への相談で対応 特定の専門職種への相談で対応
- ケース会議での相談 地域の栄養支援組織への相談

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者名: _____

C) 相談や支援の依頼先

氏名・名称	電話番号・メールアドレス

記入者の所属・職種: _____

所属
職種(_____)

記入者の連絡先

tel: _____

e-mail: _____

(様式6 : 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			
	口腔からのこぼれ	<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)			
口腔	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)			
	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・ <input type="checkbox"/> 総 <input type="checkbox"/> 部分 / 下・ <input type="checkbox"/> 総 <input type="checkbox"/> 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・ <input type="checkbox"/> 総 <input type="checkbox"/> 部分 / 下・ <input type="checkbox"/> 総 <input type="checkbox"/> 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・ <input type="checkbox"/> 総 <input type="checkbox"/> 部分 / 下・ <input type="checkbox"/> 総 <input type="checkbox"/> 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・ <input type="checkbox"/> 総 <input type="checkbox"/> 部分 / 下・ <input type="checkbox"/> 総 <input type="checkbox"/> 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	身長: cm 体重: kg BMI:				身長: cm 体重: kg BMI:				身長: cm 体重: kg BMI:				身長: cm 体重: kg BMI:				
	T S F(mm):				T S F(mm):				T S F(mm):				T S F(mm):				
	血清アルブミン (g/dl):				血清アルブミン (g/dl):				血清アルブミン (g/dl):				血清アルブミン (g/dl):				
	Hb (g/dl):				Hb (g/dl):				Hb (g/dl):				Hb (g/dl):				
	HbA1c (%):				HbA1c (%):				HbA1c (%):				HbA1c (%):				
担当者記入	検討日	年	月	日													
	栄養ケア計画																
	経過																
	計画の修正・変更																
	総合評価・コメント																

AC (cm): 上腕周囲 T S F (mm): 上腕三頭筋部皮下脂肪厚 CC (cm): 下肢周囲

平成21年8月 国診協 地域ケア委員会 NSS・NST部会

<p>ご活用いただいた「手引き」 に関するご意見</p>	<p>地域類型に関する説明について</p>
	<p>対象の特性に応じたサポートの実践について</p> <p>※それぞれの箇所に記述してある、キーパーソンの存在・役割、各機関等との連携のあり方等についてのご意見・ご感想をお願いいたします。</p>
	<p><u>退院後の支援継続を要する症例</u></p>
	<p><u>嚥下障害を有する在宅症例</u></p>
	<p><u>身体・知的障害者に対する在宅栄養支援</u></p>
	<p>症例情報の記録と共有のためのツールについて</p>
	<p>その他「手引き」に関してお気づきの点</p> <p>※「手引き」に掲載して欲しい情報がございましたら、ご自由にお書き下さい。</p>

いくつになっても 食べる幸せを

—地域における栄養サポートの取り組み—



嚥むこと、飲み込むことをはじめ食事・栄養に関する心配のある住民の方が増えています。そうした方の悩みや問題に早めに対応し、栄養の悪化、そして病気や要介護を防ぎましょう。地域の協力による栄養支援の取り組みを通じて、みんながおいしく食べて元気に長生きできるようにしましょう。

- ・加齢により、「嚥む」「飲み込む」の食べるための働きが衰えます。
- ・これらが悪いと低栄養(栄養失調)となる恐れがあります。

加齢による口・のど・くびの筋力の低下などで、『嚥む』『飲み込む』といった食べるための能力が低下します。また、脳卒中、認知症でもこれらが悪くなることがあります。食べる機能が悪くなり食事が不十分となると、低栄養(栄養失調)となり、感染症などの病気にかかり易くなります。

ところで、高齢で足の働きが悪くなると転びやすくなります。転んであしを骨折すると寝たきりになることがあるので、リハビリにより転倒を防ぐようにしています。

同様に、口やのどの働きが低下する場合には、『嚥む』『飲み込む』働きを高める体操や訓練により低栄養や病気を防ぐことも大切です。もちろん、歯の心配については、なるべく歯科医師に相談しましょう。

ご家族のかたも、食べる様子に注意深く観察して頂き、心配があれば、医師、保健師、看護師、介護スタッフなどに気軽に相談しましょう。

こんなことが要注意

- ① かいもの食べにくくなった。
- ② 家族と同じものを食べることができなくなった。
- ③ お茶や汁物などでむせることがある。
- ④ 食事に時間がかかるようになった。
- ⑤ 食事の量が減った。
- ⑥ 口の渇きが気になる。



・飲み込みが悪いと、食べることが危険となる場合があります。



食べものは食道へ、空気は気管から肺へ入らなければなりません。食道と気管の入り口が隔ち合せています。そのため、ものを飲み込む瞬間、気管の入り口が閉じて、気管や肺の中に入るのを防いでいます。誤って気管に入ると窒息の恐れがあります。これが、「むせる」ことなのです。

高齢や病気で飲み込みの働きが悪くなると、特に水分が誤って気管に流れ込みやすくなります。それには口のなかの細菌が含まれており、肺炎を起こすことがあります。肺炎が重症となると呼吸ができなくなり生命にかかります。また、食べ物の塊が気管に完全に詰まって窒息状態になることがあります。

飲み込む働きが非常に悪くなると、「食べる」という元気になるという行為が、肺炎や窒息により生命の危険を及ぼします。

誤嚥について



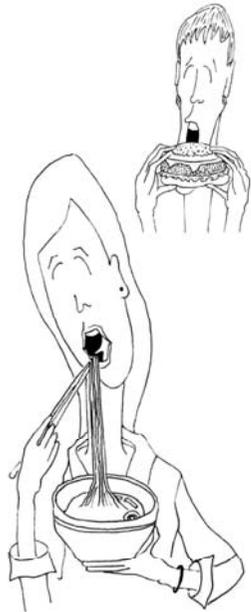
飲み込んだものが誤って気管に入る
せき込み・むせ



対策

- 水分にトロミをつけるなど食事の形態を調整する。
- 口やのどの体操・訓練をする。
- ↓
- 誤嚥を防ぐ。
- ↓
- 肺炎や窒息を防ぐ。
- ↓
- 元気に食事を楽しめる。

・栄養のちからが、病気や要介護を防ぎます。



食べたものは栄養の形で消化・吸収されますが、これらの一部は病原体から身を守ることに使われ、皮膚の割を治すことや身体の筋肉の量と働きを保持するためにも利用されています。食事が足りずに低栄養の状態になると、さまざまな病原体による感染症に罹りやすくなり、身体に割ができても治りにくく、筋肉が衰えて歩行をはじめ日常の運動が難しくなります。

要するに、高齢者の方の栄養が悪ければ、肺炎などの感染症に罹り、寝たきりになり、床ずれができやすくなると考えて下さい。あるいは、病気に罹ったら介護が必要な状態になりやすいということです。栄養の改善がこれらの問題を防ぐので、例えば、さきの口やのどの働きのことで低栄養の恐れがある方には、早めに対応して将来の病気と要介護を防ぎたいものです。

・住民のみんなが食事を楽しんで長生きできるよう、地域でやさしく支えましょう。



地域の高齢化と認知症の方の増加を背景に、噛む・飲み込む働きが悪いながら食事している住民の方は増えていると思われます。また、病気の治療を受けて退院したのに、低栄養やその心配を抱えて療養生活される方もいらっしゃいます。これらの心配がある方は、ご家族に心配がある方は、医師、看護師、保健師、ホームヘルパーをはじめ、ケア・マネジャーや地域包括支援センター職員など身近に頼りになる人に相談してみましよう。

歯の状態、噛む・飲み込む働き、そのほかの全身の状態を考えあわせ、必要に応じて、栄養士・管理栄養士、歯科医師・歯科衛生士、耳鼻科医・言語聴覚士(飲み込みの働き)といった専門職種が、みんな協力して知恵を出し合います。対象の方の食生活だけでなく生活全般を守る視点を大切に、やさしい支援を続けていきます。

国保直診の在宅生活者への栄養サポートへの 取組に関する調査

貴施設名		ご回答者名	
		ご回答者 職種	

貴施設における栄養サポートへの取組状況についてお伺いします。

問1 貴施設では院内 NST は稼動していますか。(○は1つ)

- | | |
|-------------------|-----------|
| 1 稼動している(稼動年数: 年) | 2 稼動していない |
|-------------------|-----------|

問2 貴施設では、低栄養状態の在宅の患者に対して、何らかの継続的なサポートを行っていますか。(○は1つ)

- | | |
|-------------------|----------------|
| 1 実施している→(1)～(3)へ | 2 実施していない→(4)へ |
|-------------------|----------------|

実施している場合は下記(1)～(3)にもお答え下さい。

(1) サポート体制(○は1つ)

- | | |
|------------|--------------|
| 1 チームによる支援 | 2 チームによらない支援 |
|------------|--------------|

(2) 症例検討の場の有無(○は1つ)

- | | |
|-------------|-------------|
| 1 症例検討の場がある | 2 症例検討の場はない |
|-------------|-------------|

(3) 関係する職種(当てはまるもの全てに○)

- | | |
|-------------|--------------------|
| 1 医師 | 2 歯科医師 |
| 3 保健師 | 4 看護師・准看護師 |
| 5 栄養士・管理栄養士 | 6 薬剤師 |
| 7 臨床検査技師 | 8 歯科衛生士 |
| 9 理学療法士 | 10 作業療法士 |
| 11 言語聴覚士 | 12 社会福祉士・ソーシャルワーカー |
| 13 精神保健福祉士 | 14 ヘルパー |
| 15 その他() | |

実施していない場合は下記(4)にもお答え下さい。

(4) 必要性は感じていますか。(当てはまるもの全てに○)

- | |
|--------------------------------|
| 1 必要ない |
| 2 必要と思うが施設の事情により困難な状況である |
| 3 現在行っていないが今後実施にむけ前向きに検討したい |
| 4 必要と思うがチームでの関わりは難しい |
| 5 管理栄養士が訪問して必要であれば医師に相談するだけでよい |
| 6 保健師・看護師と管理栄養士が連携するだけで十分である |
| 7 その他() |

地域における栄養サポートへの取組状況についてお伺いします。

問3 次に挙げる栄養状態を維持するための関連事業のうち、貴施設の所在市町村において、貴施設が関わりをもって実施しているものはございますか。（当てはまるもの全てに○）

- | | |
|---------------|---------------|
| 1 配食サービス | 2 会食サービス |
| 3 栄養指導（直診で実施） | 4 訪問栄養指導 |
| 5 訪問歯科指導 | 6 食事や栄養に関する講座 |
| 7 退院時の栄養サポート | 8 その他（ ） |
| 9 特に何も実施していない | |

問4 【問3で1～8のいずれかに○をつけた施設にお伺いします】問3で回答した事業を実施する際、貴施設では地域の他の機関等と連携していますか。なお、複数の事業を実施している場合には、最も連携を取っている事業についてお答え下さい。（○は1つ）

- | |
|--------------------------|
| 1 連携して実施している→（1）～（3）へ |
| 2 連携せずに国保直診単独で実施している→問5へ |

何らかの事業で連携している場合は下記（1）～（3）にもお答え下さい。

（1）連携先（当てはまるもの全てに○）

- | |
|--------------------------------------------------------|
| 1 市町村の保健福祉部門 |
| 2 保健所・保健センター |
| 3 他の医療機関
→ ア. 病院 イ. 診療所 ウ. 歯科診療所 |
| 4 訪問看護ステーション |
| 5 地域包括支援センターや在宅介護支援センター |
| 6 居宅介護支援事業所 |
| 7 介護保険サービス事業所
→ ア. 施設（入院・入所）サービス イ. 居宅（在宅）サービス |
| 8 障害者福祉サービス事業所
→ ア. 居住支援（施設）サービス イ. 日中活動（在宅）サービス |
| 9 民生委員 |
| 10 食生活改善委員 |
| 11 住民ボランティア |
| 12 その他（ ） |

（2）連携内容（当てはまるもの全てに○）

- | |
|------------------------|
| 1 事業の実施方法について他機関と一緒に検討 |
| 2 他機関の施設を用いて事業を実施 |
| 3 サービス提供に当って他機関の職員が参加 |
| 4 利用者に関する情報交換 |
| 5 その他（ ） |

(3) 関わっている職種（当てはまるもの全てに○）

	貴施設	連携先
1 医師		
2 歯科医師		
3 保健師		
4 看護師・准看護師		
5 栄養士・管理栄養士		
6 薬剤師		
7 臨床検査技師		
8 歯科衛生士		
9 理学療法士		
10 作業療法士		
11 言語聴覚士		
12 社会福祉士・ソーシャルワーカー		
13 精神保健福祉士		
14 ヘルパー		
15 その他		

障害者に対する栄養サポートへの取組状況についてお伺いします。

問5 貴施設では、在宅で生活している障害者を対象とした栄養サポートは行っていますか。
（○は1つ）

(1) 狭義の障害者：障害者手帳の所持者（当てはまるもの全てに○）

<p>1 障害者を対象とした栄養サポートを実施している</p> <p>2 栄養サポートの対象者に障害者が含まれるケースはある</p> <p>3 実施に向けて検討中である</p> <p>4 実施していないし実施の予定もない</p> <p>5 対象者がいない／対象者を把握していない</p>

(2) 広義の障害者：摂食嚥下障害等、広く、生活上の様々な障害（特に“食”に関する障害）を抱える方（当てはまるもの全てに○）

<p>1 障害者を対象とした栄養サポートを実施している</p> <p>2 栄養サポートの対象者に障害者が含まれるケースはある</p> <p>3 実施に向けて検討中である</p> <p>4 実施していないし実施の予定もない</p> <p>5 対象者がいない／対象者を把握していない</p>

(3) 障害者に対する栄養サポートの実例等がございましたらご記入下さい。

--

栄養サポートに対する訪問看護師の関わりについてお伺いします。

問6 貴施設では訪問看護ステーションを併設していますか。(〇は1つ)

- 1 併設している→(1)～(2)へ 2 併設していない→(3)～(4)へ

併設している場合は下記(1)～(2)にもお答え下さい。

(1) 栄養サポートを目的として、訪問看護ステーションの看護師が在宅生活者の自宅に訪問することはありますか。(〇は1つ)

- 1 ある 2 ない

(2) 貴施設に併設している訪問看護ステーションでは、他の医療機関や介護サービス事業所からの依頼を受けていますか。(〇は1つ)

- 1 受けている 2 受けていない

併設していない場合は下記(3)～(4)にもお答え下さい。

(3) 地域内に、貴施設と連携している訪問看護ステーションはありますか。(〇は1つ)

- 1 ある 2 ない

(4) 栄養サポートに限らず、看護師が在宅生活者の自宅に訪問することはありますか。(〇は1つ)

- 1 ある 2 ない

在宅生活者に対する栄養サポート体制のあり方についてお伺いします。

問7 在宅生活者に対する栄養サポート体制の望ましい姿についてご意見がございましたら、ご自由にお書き下さい。

例：●他の医療機関や介護施設の職員も含んだチームによる支援が必要
●月に2回程度、関係者による会議が必要 等

■■■お聞きしたいことは以上です。お忙しいところご協力ありがとうございました■■■
~~~~本調査に関するお問い合わせ先~~~~

※調査内容について、ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせ下さい。

【問合せ先・調査票返信先】

(社) 全国国民健康保険診療施設協議会 担当：業務部事業課  
〒100-0014 東京都千代田区永田町1-11-35 全国町村会館6F

TEL：03-3597-9980 FAX：03-3597-9986 mail：chosa@kokushinkvo.or.jp

## 障害のある方を対象とした 栄養サポートの実態に関する調査

先日はお忙しい中、「国保直診の在宅生活者への栄養サポートへの取組に関する調査」にご協力いただき、有難うございました。

多くの施設の方々からご回答をいただきましたが、その中から、  
低栄養の在宅患者への栄養サポートを実施しており（問 2）、  
その取組が地域資源との連携のもとに行われており（問 4）、  
対象者に障害者（狭義・広義）が含まれることがある（問 5）  
施設に対して、より詳細にお取組の状況をお伺いしたく、調査票をお送りさせていただきました。

また、過去 5 年間の全国国保地域医療学会発表事例等からも、上記条件を満たすと思われる内容のご発表があった施設（地域）についても、本調査票をお送りさせていただいております。

本調査においては、貴施設にける、在宅の障害者を対象とした栄養サポートの具体的な事例をご紹介いただきたいと考えておりますが、ご紹介いただきたい事例の条件は下記の通りです。

- 在宅で生活している障害者を対象とした栄養サポート事例。
- その際の障害者とは、障害者手帳保持者に限らず、摂食嚥下障害等、「食べることに何らかの障害を有する方」と広く捉えていただいて結構です。
- できる限り、若年障害者の事例をお願いいたします。
- ただし、嚥下障害を有する高齢者の事例がある場合は是非ともご紹介をお願いいたします。

なお、本調査票では 3 事例のご紹介をお願いする形となっておりますが、なるべく多くの事例を収集したいと考えておりますので、3 事例以上ある場合は、大変恐縮ですが、コピーをとってご活用下さい。また、その他、在宅生活者の栄養サポートに関して参考となる事例がございましたら、あわせてご紹介いただければ幸いです。

お忙しいところ恐縮ですが、貴施設のお取組内容につきまして、改めてご回答いただきたく、お願い申し上げます。

|      |            |  |
|------|------------|--|
| 貴施設名 | ご回答者名      |  |
|      | ご回答者<br>職種 |  |

《記入例》

本事例におけるサポート体制について

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                            |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 対象者属性            | 年齢・性別                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ( 30 ) 歳 男 女                               |
|                  | 障害の状況                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 障害者手帳有 → 身体・知的・精神<br>2 障害者手帳無 → 具体的に ( ) |
|                  | 家族構成                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1 独居 2 夫婦のみ 3 親と同居 4 子どもと同居<br>5 その他 ( )   |
| 対象となった経緯         | 1 当院の退院患者<br>2 訪問看護ステーションからの依頼等への対応<br>3 その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                            |                                            |
| 地域連携体制の構築に至った背景  | 1 国保直診（貴施設）からの関係機関への働きかけ<br>2 関係機関からの貴施設への働きかけ<br>3 患者・家族からの依頼<br>4 その他 ( )                                                                                                                                                                                                                 |                                            |
| 連携を取っている機関       | 1 市町村の保健福祉部門<br>2 保健所・保健センター<br>3 他の医療機関<br>→ア. 病院<br>イ. 診療所<br>4 地域包括支援センターや在宅介護支援センター<br>5 訪問看護ステーション<br>6 介護保険サービス事業所<br>→ア. 施設（入院・入所）サービス<br>イ. 居宅（在宅）サービス<br>7 障害者福祉サービス事業所<br>→ア. 居住支援（施設）サービス<br>イ. 日中活動（在宅）サービス<br>8 学校関係者 ( )<br>9 民生委員<br>10 食生活改善委員<br>11 住民ボランティア<br>12 その他 ( ) |                                            |
| 栄養サポートにおけるキーパーソン | 1 保健師 2 訪問看護師 3 医師 4 歯科医師<br>5 栄養士・管理栄養士 6 その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                          |                                            |
| 関係機関間での情報共有の方法   | 1 口頭での必要事項の伝達<br>2 共通のフォーマットを用いた情報共有<br>3 地域連携パスの活用による情報共有<br>4 その他 ( )                                                                                                                                                                                                                     |                                            |

※関係機関間での情報共有の方法において、「2 共通のフォーマットを用いた情報共有」もしくは「3 地域連携パスの活用による情報共有」とご回答された場合は、お使いの様式等をお送りいただければ幸いです。

《記入例（続）》

本事例の具体的内容について

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>対象者の状況</p>             | <p>※貴施設における栄養サポートの対象となった経緯等について、具体的にご紹介下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人工呼吸器を使用し気管切開をしている。</li> <li>・かかりつけ医（開業医）からの依頼により、当施設が関わるようになった。</li> <li>・かかりつけ医や当施設の他、訪問看護ステーションや訪問リハビリテーションが連携して支援を行っている。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>貴施設を含めた地域資源それぞれの役割</p> | <p>※医療機関、訪問看護ステーション等、地域資源の内容とそれぞれの役割等を具体的にご紹介下さい。</p> <p><u>かかりつけ医（開業医）</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・開業医であるかかりつけ医は、栄養状態や一般状態の療養管理を行っている。（往診）</li> </ul> <p><u>国保直診</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・専門診療科で PEG の交換や気管カニューレの交換をおこなっている。（通院）</li> </ul> <p><u>訪問リハビリ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・呼吸管理（排痰など）や四肢の関節拘縮予防を行っている。</li> </ul> <p><u>訪問看護ステーション</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族の外出などによる不在時の PEG による栄養サポートや観察を訪問看護師が行っている。</li> </ul> <p>※基本的には、開業医が栄養管理をおこなっているが、実際の援助は家族や訪問看護師が行っている。開業医からの依頼があれば、当院受診時に NST サポートチームの介入は可能であるが、実際に介入はない。</p> |

|           |                                                                                                                                                                        |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 関与が望まれる職種 | <p>※本事例において関与が望まれる職種等がございましたら、ご記入下さい。あわせて、その職種が担うべき役割を、現在はどなたが担っているのか（誰も担っていないのか）もご記入下さい。</p> <p>日常的な栄養管理に栄養士が関与できる体制が構築できるとよい。<br/>現在は、日常の栄養管理はかかりつけ医（開業医）が行っている。</p> |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 平成 20 年度事業内容

### (1) 国保直診の在宅生活者への栄養サポートの取組に関する調査

|      |                                                                                                               |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 調査方法 | アンケート調査（郵送発送・郵送回収）                                                                                            |
| 調査期間 | 平成 20 年 10～11 月                                                                                               |
| 調査対象 | 全国の国保直診 895 施設                                                                                                |
| 調査内容 | ○低栄養の在宅患者への栄養サポートの実施状況<br>○地域資源と連携した栄養サポートへの取組状況<br>○在宅の障害者を対象とした栄養サポートへの取組状況<br>○訪問看護ステーションにおける栄養サポートへの関与の状況 |
| 回収状況 | 418 件（回収率 46.7%）                                                                                              |

### (2) 障害のある方を対象とした栄養サポートの実態に関する調査

|      |                                                                                                                                                                                          |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 調査方法 | アンケート調査（郵送発送・郵送回収）                                                                                                                                                                       |
| 調査期間 | 平成 20 年 12 月                                                                                                                                                                             |
| 調査対象 | 一次調査において、<br>・低栄養の在宅患者への栄養サポートを実施しており（問 2）、<br>・その取組が地域資源との連携に元に行われており（問 4）、<br>・対象者に障害者（狭義・広義）が含まれることがある（問 5）<br>施設、ならびに、過去 5 年間の国保地域医療学会発表事例等からも、上記条件を満たすと思われる内容の発表があった施設（地域）、計 73 施設。 |
| 調査内容 | ○対象者の属性と対象となった経緯<br>○地域連携体制の構築に至った背景<br>○連携を取っている機関<br>○栄養サポートにおけるキーパーソン<br>○関係機関間での情報共有の方法<br>○事例の具体的内容（地域資源それぞれの役割等）                                                                   |
| 回収状況 | 18 施設・46 例（回収率：24.7%）                                                                                                                                                                    |

### (3) 先進地域ヒアリング調査

|      |                                                                                                                                    |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 調査方法 | 現地訪問ヒアリング調査                                                                                                                        |
| 調査期間 | 平成 20 年 9～10 月、平成 21 年 2～3 月                                                                                                       |
| 調査目的 | 一次調査結果や、これまでの先行調査結果等から、特に多くの関係機関との連携が進んでいる施設を中心に 5 施設を選定し、栄養サポートのネットワーク化を進めていくに当たって、その経緯、具体的取り組み内容等を伺い、他の地域におけるネットワーク化促進のための参考とする。 |
| 調査内容 | ○施設・地域における栄養サポートへの取組の概要<br>○地域における栄養サポート体制構築に当たっての方向性                                                                              |
| 調査対象 | ○京都府京丹後市立久美浜病院<br>○香川県三豊総合病院<br>○富山県南砺市民病院<br>○福井県おおい町名田庄診療所<br>○広島県公立みつぎ総合病院<br>(訪問順)                                             |

(4) 地域における栄養サポートシステムの構築セミナーの開催

|      |                                                                                                                                                                                                                                      |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 開催日時 | 平成 21 年 3 月 18 日 13:00~16:30 都市センターホテル 606 会議室                                                                                                                                                                                       |
| 内 容  | ○調査事業報告① (調査概要の報告)<br>○調査事業報告② (「栄養サポート体制構築の手引き」の内容と活用方法)<br>○先進事例報告<br>「公立みつぎ総合病院における地域 NST の取り組み」<br>「京丹後市 NST 研究会が果たした役割と展望」<br>○グループワーク<br>参加者を、「社会資源が集約された地域」「社会資源が豊富で分散した地域」「社会資源が少ない地域」に分け、それぞれの地域における対応の方向性について、2つの事例について検討。 |
| 参加者  | 38名                                                                                                                                                                                                                                  |

この事業は、平成21年度独立行政法人福祉医療機構「長寿・子育て・障害者基金」助成事業により行ったものです。

## 地域における栄養サポートシステムの構築事業 報告書

平成22年3月

発行 社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会  
〒100-0014 東京都千代田区永田町一丁目11番35号  
TEL: 03-3597-9980 FAX: 03-3597-9986  
ホームページURL: <http://www.kokushinkyō.or.jp>  
E-mail: [office@kokushinkyō.or.jp](mailto:office@kokushinkyō.or.jp)

印刷 株式会社 プラクシス

