



# 地域における障害者に対する 栄養サポートシステムの構築事業 報告書



平成21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) 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	5
(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	6
(3) 先進地域ヒアリング調査	6
(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	7
3. 実施体制	8
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	9
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	11
(1) 低栄養の在宅患者への栄養サポートの実施状況	11
(2) 地域資源と連携した栄養サポートへの取組状況	12
(3) 栄養サポートの必要性について	13
(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	14
(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	15
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	16
(1) 対象となった経緯	16
(2) 地域連携体制の構築に至った背景	16
(3) 連携を取っている機関	17
(4) 連携におけるキーパーソン	17
(5) 情報共有の方法	18
(6) 関与が望まれる職種	18
第3章 先進地域の取組状況に関する調査	21
1. ヒアリングの概要	23
(1) ねらい	23
(2) ヒアリング内容	23
(3) ヒアリング対象施設	23

<b>2. 京都府京丹後市久美浜病院</b> .....	24
(1) 取組のきっかけ .....	24
(2) 具体的な取組 .....	24
(3) 取組の効果 .....	25
(4) 在宅生活者への栄養サポートに関する課題 .....	26
<b>3. 香川県三豊総合病院</b> .....	27
(1) 施設における取組の状況 .....	27
(2) 地域における取組の状況 .....	29
(3) 在宅生活者への栄養サポートに関する課題 .....	29
<b>4. 富山県南砺市民病院</b> .....	30
(1) 地域における栄養サポートへの取組の概要 .....	30
(2) 施設における栄養サポートへの取組の概要 .....	32
(3) 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 .....	34
<b>5. 福井県おおい町名田庄診療所</b> .....	37
(1) 地域の概要 .....	37
(2) 地域における栄養サポートへの取組の概要 .....	37
(3) 施設における栄養サポートへの取組の概要 .....	39
(4) 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 .....	40
<b>6. 広島県公立みつぎ総合病院</b> .....	41
(1) 地域における栄養サポートへの取組の概要 .....	41
(2) 施設における栄養サポートへの取組の概要 .....	45
(3) 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 .....	47
(4) その他 .....	48
<b>第4章 栄養サポート体制構築の手引き</b> .....	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
3. 対象の特性に応じたサポートの実践 .....	62
(1) 退院後の支援継続を要する症例 .....	62
(2) 嚥下障害を有する在宅症例 .....	68
(3) 身体・知的障害者に対する在宅栄養支援 .....	73

<b>第5章 栄養サポートへの取組に関する具体的検討</b> .....	79
1. セミナーによるグループワークの概要 .....	81
(1) セミナーの実施概要 .....	81
(2) グループワークの形式 .....	81
2. グループワークにおける検討結果 .....	84
(1) 若年障害者に関する事例（重度身体障害＋嚥下障害の進行） .....	84
(2) 嚥下障害以外の栄養リスクを伴う高齢者に関する事例① .....	85
(3) 嚥下障害以外の栄養リスクを伴う高齢者に関する事例② .....	86
<b>第6章 栄養サポートシステム構築に向けた課題</b> .....	89
1. 在宅生活者に対する栄養サポートに関する課題 .....	91
(1) 取組意向はあるが取組に当たっては人材不足が阻害要因に .....	91
(2) 連携に当たってはキーパーソンとの関係構築が重要 .....	91
2. 在宅生活者に対する栄養サポートシステム構築の方向性 .....	93
(1) 地域のキーパーソンによるコーディネートの必要性 .....	93
(2) 関係機関・関係者間の情報共有による切れ目ないサポートの必要性 .....	93
(3) サポートシステムのさらなる発展の必要性 .....	94
<b>資 料 編</b> .....	95

## 事業サマリー

### 1. 調査研究の背景と目的

#### (1) 事業の問題意識

##### 院内NSTへの取組・退院時の栄養ケアマネジメントは一定程度普及

患者に対する栄養状態のサポートが患者の回復に多大な影響があることから、院内 NST については多くの医療機関で進められており、また、退院時の栄養ケアマネジメントについても、近年その重要性が再認識され取組が広がりつつある。

##### 医療機関との関わりの薄い人への栄養サポートへの取組は不十分

しかし、在宅で生活している方のうち、医療機関と関わりの少ない（関わりのない）、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、十分にその必要性や重要性が認識され、取組が進んでいるとは言いがたく、栄養サポートを受けていない者については本人・家族等の知識不足もあって、低栄養等を引き起こしているケースもある。

##### 地域包括医療・ケアの理念に基づいた栄養サポート体制の構築が必要

つまり院内における NST についてある程度普及した次の段階は、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を構築することである。

その際、万が一の際のサポート体制である院内 NST とは別の形で、ただしその取組と連携を取りながら、地域内の様々な資源を活用した栄養サポートのネットワーク、あらゆるライフステージに対応した栄養サポートのネットワークの構築が必要である。もちろん、この取組は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、体系的に提供されなくてはならない。

##### 栄養サポートを必要とする全ての人を対象としたサポート体制の構築に向けて

そこで、栄養サポートを必要とする全ての人が安心して暮らせる地域づくりの中で、特に対応が困難と考えられ、取組が遅れている、障害を有して在宅で生活している人を支援する栄養サポート体制の構築にスポットを当てることにより、その他のケースにおける取組の参考事例とすることが可能ではないか。

#### (2) 目的

そこで本調査では、在宅生活者に対する栄養サポートの提供実態とその効果を把握することにより、栄養サポートのさらなる普及・促進に向けて必要な体制・仕組はどのようなものか等を検討する。

その際、国保直診所在地域における在宅生活者に対する栄養サポートの普及要因および普及の阻害要因を、栄養サポートに関わる地域資源との連携のあり方等も踏まえて把握し、望まれる栄養サポート体制の姿を明らかにすることにより普及のためのモデルを提示する。

## 2. 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 ○地域資源と連携した栄養サポートへの取組状況 ○在宅の障害者を対象とした栄養サポートへの取組状況 ○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、 ・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に元に行われており（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、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 ○地域連携体制の構築に至った背景 ○連携を取っている機関 ○栄養サポートにおけるキーパーソン ○関係機関間での情報共有の方法 ○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 ○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 ○香川県三豊総合病院 ○富山県南砺市民病院 ○福井県おおい町名田庄診療所 ○広島県公立みつぎ総合病院 (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

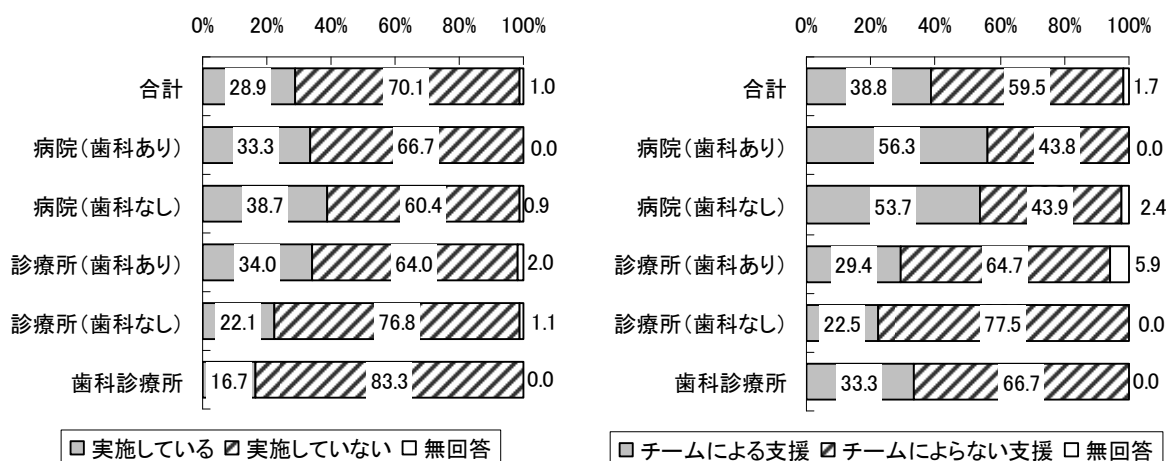
開催日時	平成 21 年 3 月 18 日 13:00～16:30 都市センターホテル 606 会議室
内 容	<p>○調査事業報告①（調査概要の報告）</p> <p>○調査事業報告②（「栄養サポート体制構築の手引き」の内容と活用方法）</p> <p>○先進事例報告  「公立みつぎ総合病院における地域 NST の取り組み」  「京丹後市 NST 研究会が果たした役割と展望」</p> <p>○グループワーク  参加者を、「社会資源が集約された地域」「社会資源が豊富で分散した地域」「社会資源が少ない地域」に分け、それぞれの地域における対応の方向性について、2つの事例について検討。</p>
参加者	38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

3. 調査結果

(1) 国保直診の栄養サポートに関する取組状況

○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。

在宅患者への栄養サポートの実施の有無と実施体制



○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。

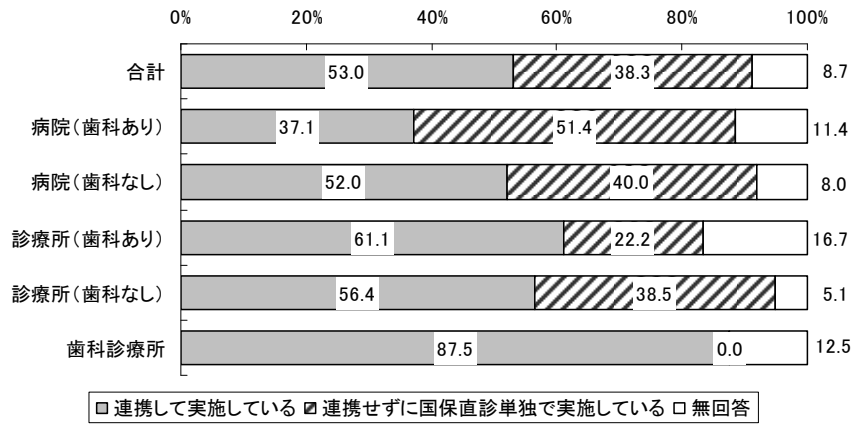
栄養サポートに関与している職種

(単位：%)

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	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	精神保健福祉士	ヘルパー	その他	無回答
合計	94.2	13.2	19.8	90.9	51.2	28.9	18.2	14.0	25.6	10.7	13.2	14.9	0.0	19.8	14.0	0.8	
病院(歯科あり)	93.8	31.3	25.0	93.8	81.3	31.3	37.5	37.5	31.3	25.0	31.3	18.8	0.0	12.5	12.5	0.0	
病院(歯科なし)	90.2	7.3	17.1	95.1	73.2	63.4	31.7	4.9	43.9	17.1	19.5	19.5	0.0	9.8	14.6	0.0	
診療所(歯科あり)	100.0	23.5	35.3	88.2	35.3	5.9	0.0	23.5	17.6	0.0	0.0	11.8	0.0	41.2	23.5	0.0	
診療所(歯科なし)	97.5	5.0	12.5	90.0	27.5	2.5	2.5	7.5	7.5	2.5	2.5	7.5	0.0	25.0	10.0	0.0	
歯科診療所	66.7	66.7	33.3	66.7	33.3	33.3	33.3	66.7	33.3	33.3	33.3	33.3	0.0	0.0	33.3	33.3	

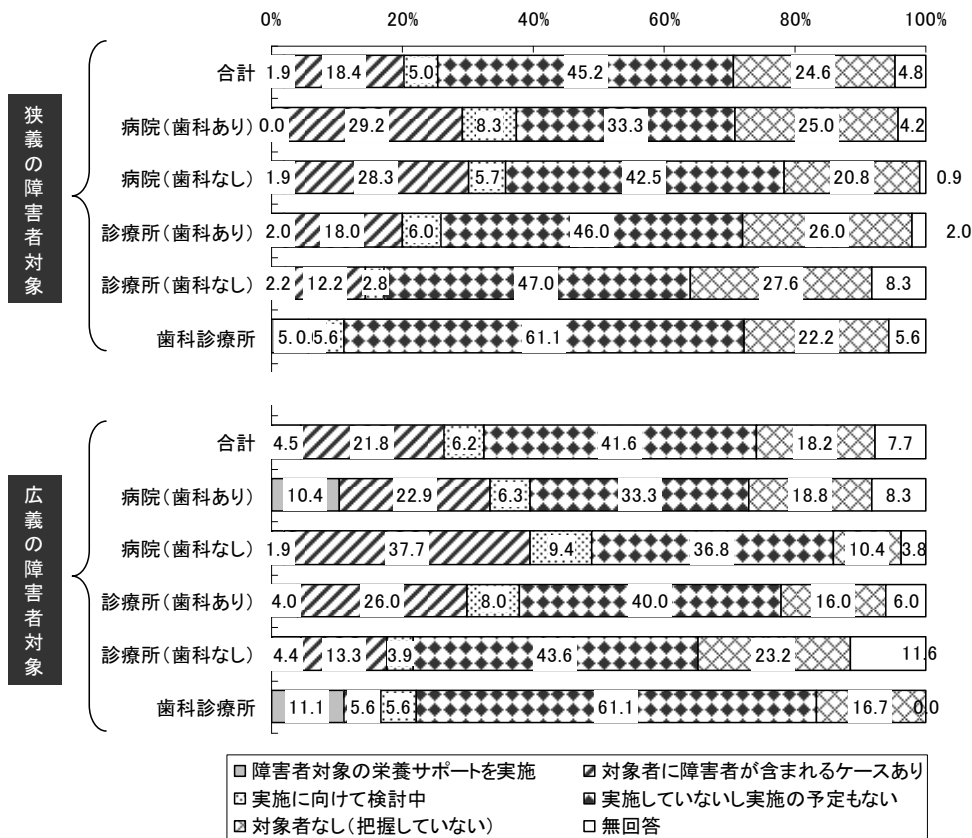
○栄養改善に関わる市町村事業と連携している施設のうち、他の地域資源と連携した栄養サポートを実施している施設は約5割。施設種類別にみると、診療所の“連携率”が病院の“連携率”を上回る。

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



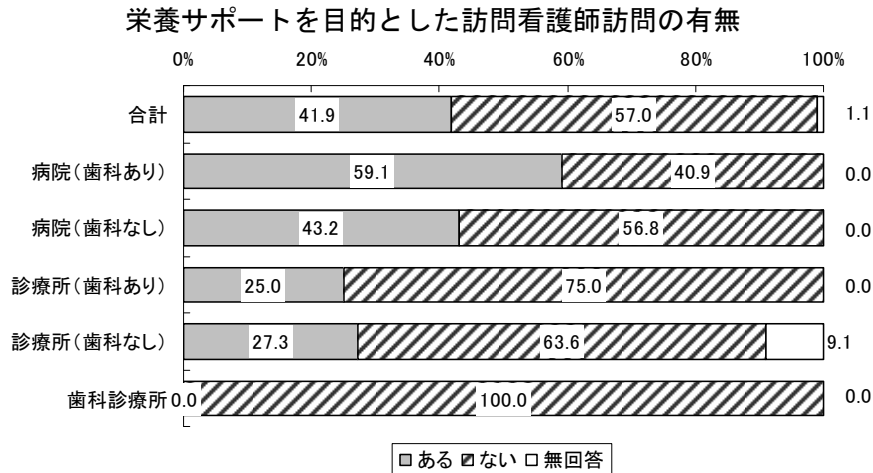
○狭義の障害者を対象とした栄養サポートはほとんど取り組まれていない。しかし、広義の障害者(食に関して何らかの困難を有する者)を対象とした栄養サポートについては、4分の1程度の施設で実施。ただし、「実施予定なし」も4割超。

在宅の障害者を対象とした栄養サポートの実施状況



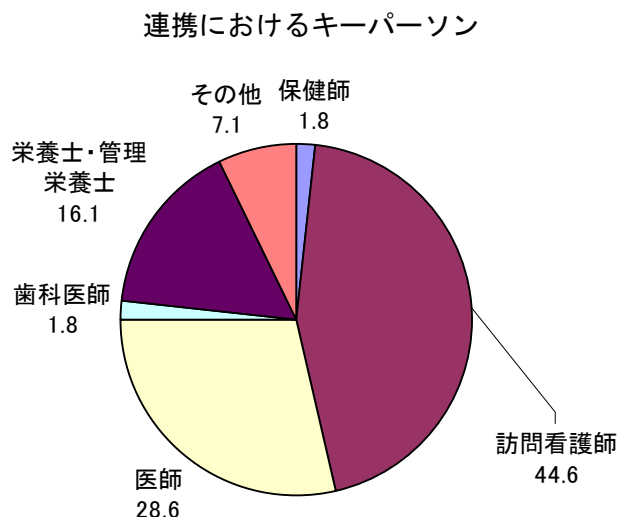


○訪問看護ステーションを併設している病院のうち、栄養サポートを目的とした訪問看護師による訪問を実施している施設は5割程度。



### (2) 障害のある方を対象とした栄養サポートの実態

- 連携先は、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%)。
- 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%)。



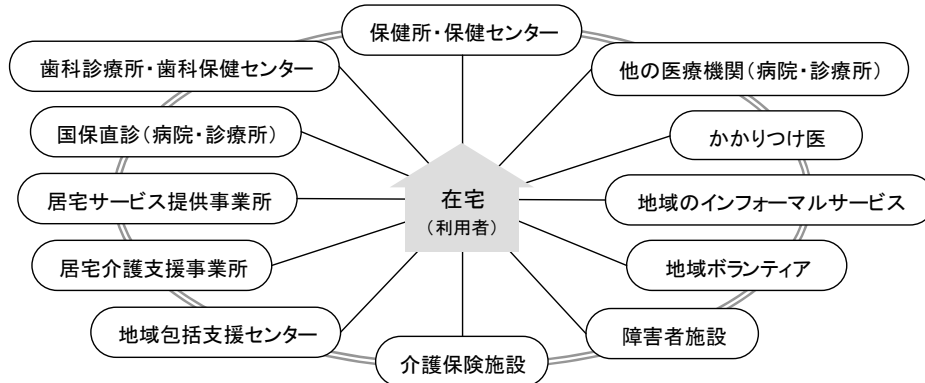
### (3) 先進事例調査

- 院内 NST の活動が軌道にのっている施設においては、その機能を地域に展開しようという問題意識はあるものの、マンパワー不足等もあり取組は発展途上。
- 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 が稼働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組み始めた段階。
- 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。

#### (4) 栄養サポート体制構築の手引きの作成

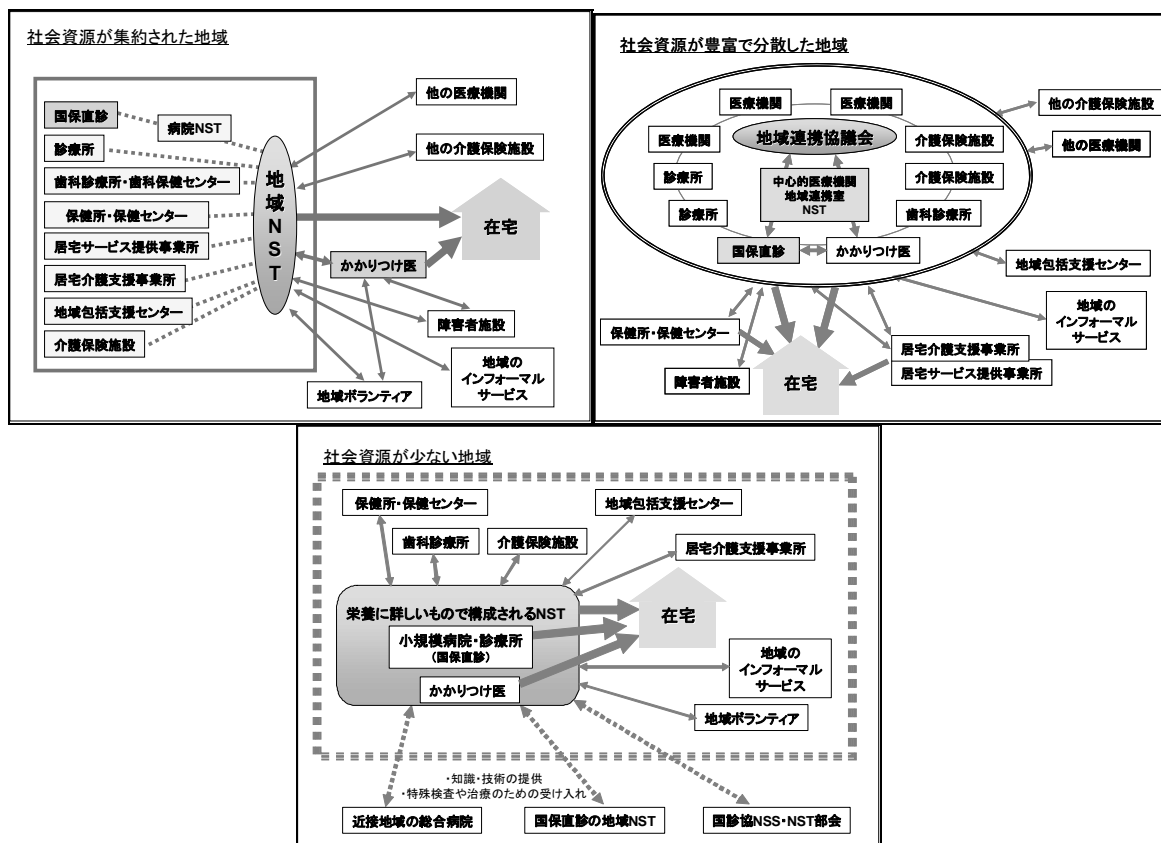
○栄養サポート体制の構築は、当然、栄養サポートに重点がおかれたものではあるが、国保直診が目指している「地域包括医療・ケア」の理念の下で、地域住民に対して、保健サービスと医療サービス、そして介護サービスを含む福祉サービスを、関係者が連携・協力して、地域住民のニーズに応じて一体的、体系的に提供されることを目指したもの。

在宅栄養サポート体制が目指す方向性



○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の病院を中心に介護・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。

「手引き」で示した3つの地域類型



#### 4. 考察 ～何らかの障害のある人を対象とした栄養サポートシステム構築に向けた課題～

##### (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。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%)。

○また、このようなサポートシステムにおいては、当然、地域資源と連携した取組が不可欠であるが、キーパーソンとの関係が構築できないと、十分なサポートができない。特に障害のある人については、キーパーソンが家族や他の医療機関の主治医であることも多く、そのようなケースでは、「連携先の中でも一番情報として触れにくい部分となっている」「状態が安定している時には、栄養に対する関心も薄くなってしまう」という指摘もみられた。

##### (2) 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、対象者の状況を常に把握し、関係機関・関係者間の調整を行うキーパーソンが不可欠。しかし、キーパーソンを確保し、そのキーパーソンが十分に調整機能を果たすことは容易ではない。そこで、“キーパーソンをサポートする”体制の整備が必要。これまで地域で様々な地域資源とのネットワークを構築し、また地域住民との間には十分な関係を構築している専門職を有している国保直診には、地域のキーパーソンを確保し、その取組をサポートしていく役割が期待される。

○介護保険サービスを利用している高齢者の場合はケアマネジャーが、利用者の各種サービス利用状況等についてはおおむね把握しているが、若年障害者の場合は、関係機関・関係者が多岐にわたっているにも関わらず、全般的な健康管理等の役割を担っている機関等がなく、支援に至らないケースもみられた。このような弊害を防ぐため、上記のキーパーソンの役割が重要ではあるが、相互に顔の見える関係を構築し、それぞれが把握した情報を共有していくことが必要。

○「手引き」の中では、これまで国診協が行ってきた既存の調査研究の結果も踏まえながら、地域類型を示したが、今後、国保直診において栄養サポート体制の構築に取り組んでいくことが必要であり、その過程で発生する課題等を逐一集約し、対応策を検討し、栄養サポートシステムをより有効に機能させていくことが必要。

# 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

### 院内 NST への取組・退院時の栄養ケアマネジメントは一定程度普及

患者に対する栄養状態のサポートが患者の回復に多大な影響があることから、院内 NST については多くの医療機関で進められており、また、退院時の栄養ケアマネジメントについても、近年その重要性が再認識され取組が広がりつつある。

### 医療機関との関わりの薄い人への栄養サポートへの取組は不十分

しかし、在宅で生活している方のうち、医療機関と関わりの少ない（関わりのない）、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、十分にその必要性や重要性が認識され、取組が進んでいるとは言いがたく、栄養サポートを受けていない者については本人・家族等の知識不足もあって、低栄養等を引き起こしているケースもある。

### 地域包括医療・ケアの理念に基づいた栄養サポート体制の構築が必要

つまり院内における NST についてある程度普及した次の段階は、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である。

その際、万が一の際のサポート体制である院内 NST とは別の形で、ただしその取組と連携を取りながら、地域内の様々な資源を活用した栄養サポートのネットワーク、あらゆるライフステージに対応した栄養サポートのネットワークの構築が必要である。もちろん、この取組は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、体系的に提供されなくてはならない。

### 栄養サポートを必要とする全ての人を対象としたサポート体制の構築に向けて

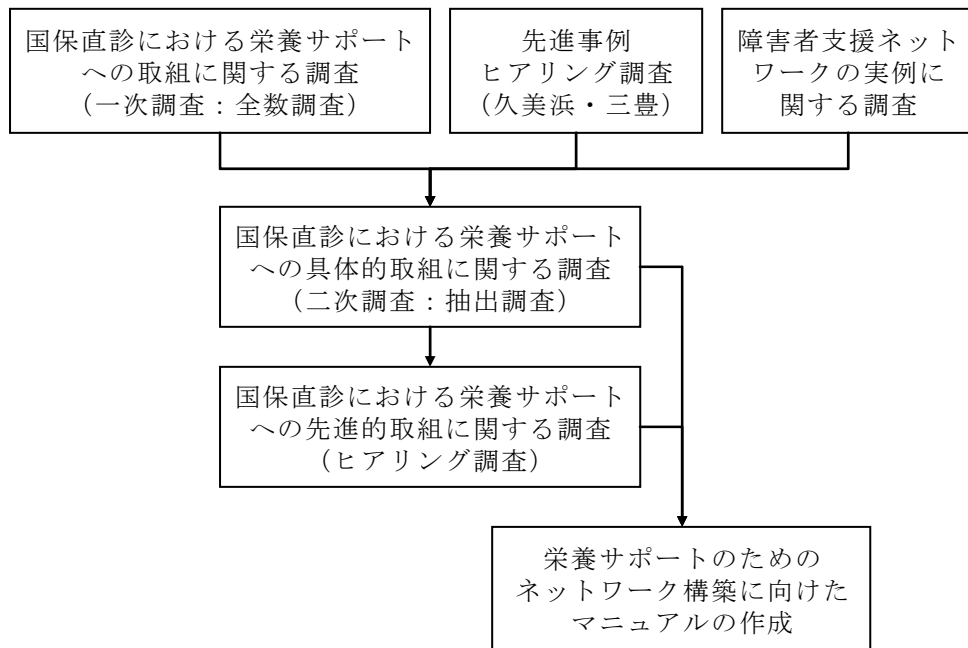
そこで、栄養サポートを必要とする全ての人々が安心して暮らせる地域づくりの中で、特に対応が困難と考えられ、取組が遅れている、障害を有して在宅で生活している人を支援する栄養サポート体制の構築にスポットを当てることにより、その他のケースにおける取組の参考事例とすることが可能ではないか。

## (2) 目的

そこで本調査では、在宅生活者に対する栄養サポートの提供実態とその効果を把握することにより、栄養サポートのさらなる普及・促進に向けて必要な体制・仕組みはどのようなものか等を検討する。

その際、国保直診所在地域における在宅生活者に対する栄養サポートの普及要因および普及の阻害要因を、栄養サポートに関わる地域資源との連携のあり方等も踏まえて把握し、望まれる栄養サポート体制の姿を明らかにすることにより普及のためのモデルを提示する。

## 2. 調査研究の全体像と流れ



### (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
- 地域資源と連携した栄養サポートへの取組状況
- 在宅の障害者を対象とした栄養サポートへの取組状況
- 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、

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に元に行われており（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、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
  - 地域連携体制の構築に至った背景
  - 連携を取っている機関
  - 栄養サポートにおけるキーパーソン
  - 関係機関間での情報共有の方法
  - 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
  - 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
  - 香川県三豊総合病院
  - 富山県南砺市民病院
  - 福井県おおい町名田庄診療所
  - 広島県公立みつぎ総合病院

（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）
  - 調査事業報告②（「栄養サポート実践マニュアル」の内容と活用方法）
  - 先進事例報告
    - 「公立みつぎ総合病院における地域 NST の取り組み」
    - 「京丹後市 NST 研究会が果たした役割と展望」
  - グループワーク

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。

【参加者数】38 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

小泉 静司	全国国民健康保険診療施設協議会常務理事
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
西尾 文孝	みずほ情報総研株式会社社会経済コンサルティング部

## 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)

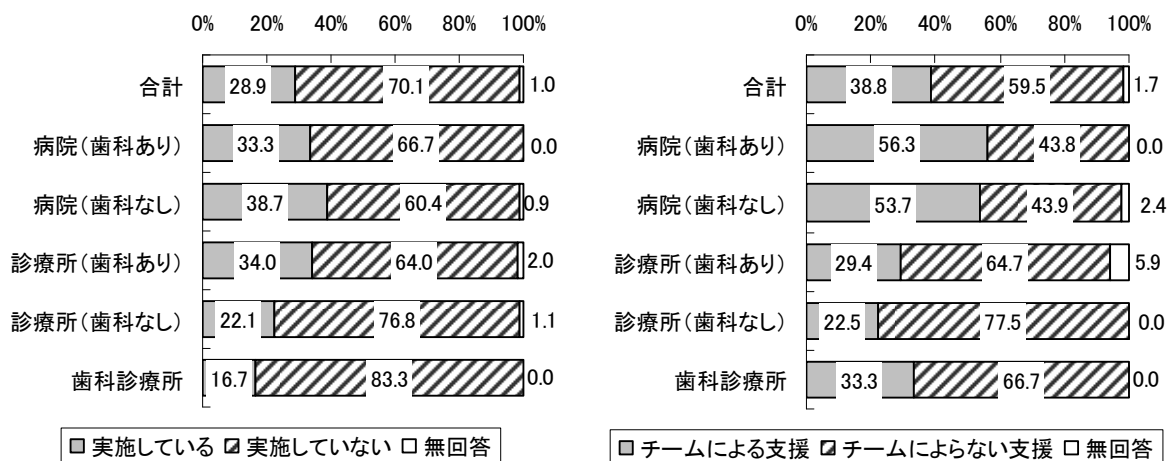
# 1. 国保直診の在宅生活者への 栄養サポートの取組に関する調査結果

## (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

(単位：%)

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

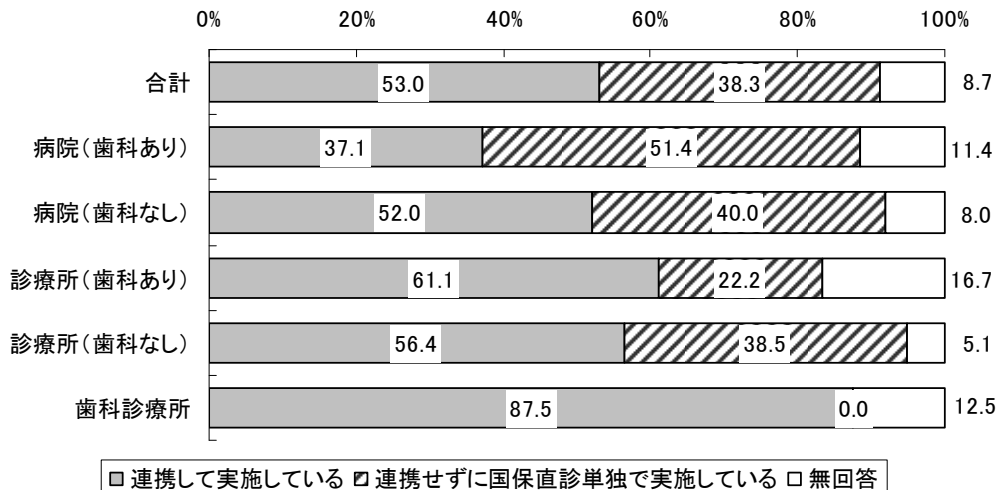
  

関与している職種（続き）	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	ソーシャルワーカー	社福士・福祉士	精神保健福祉士	ヘルパー	その他	無回答
合計	25.6	10.7	13.2	14.9	0.0	19.8	14.0	0.8	
病院（歯科あり）	31.3	25.0	31.3	18.8	0.0	12.5	12.5	0.0	
病院（歯科なし）	43.9	17.1	19.5	19.5	0.0	9.8	14.6	0.0	
診療所（歯科あり）	17.6	0.0	0.0	11.8	0.0	41.2	23.5	0.0	
診療所（歯科なし）	7.5	2.5	2.5	7.5	0.0	25.0	10.0	0.0	
歯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

## （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

(単位：%)

	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

(単位：%)

施設形態	全体	必要ない	必要により困難な状況	今後実施に向けて前向きに検討したい	必要とわがチーム	必要とわがチーム	管理栄養士が訪問し相談する	管理栄養士が訪問し相談する	保健士・看護師と連携する	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	0	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		

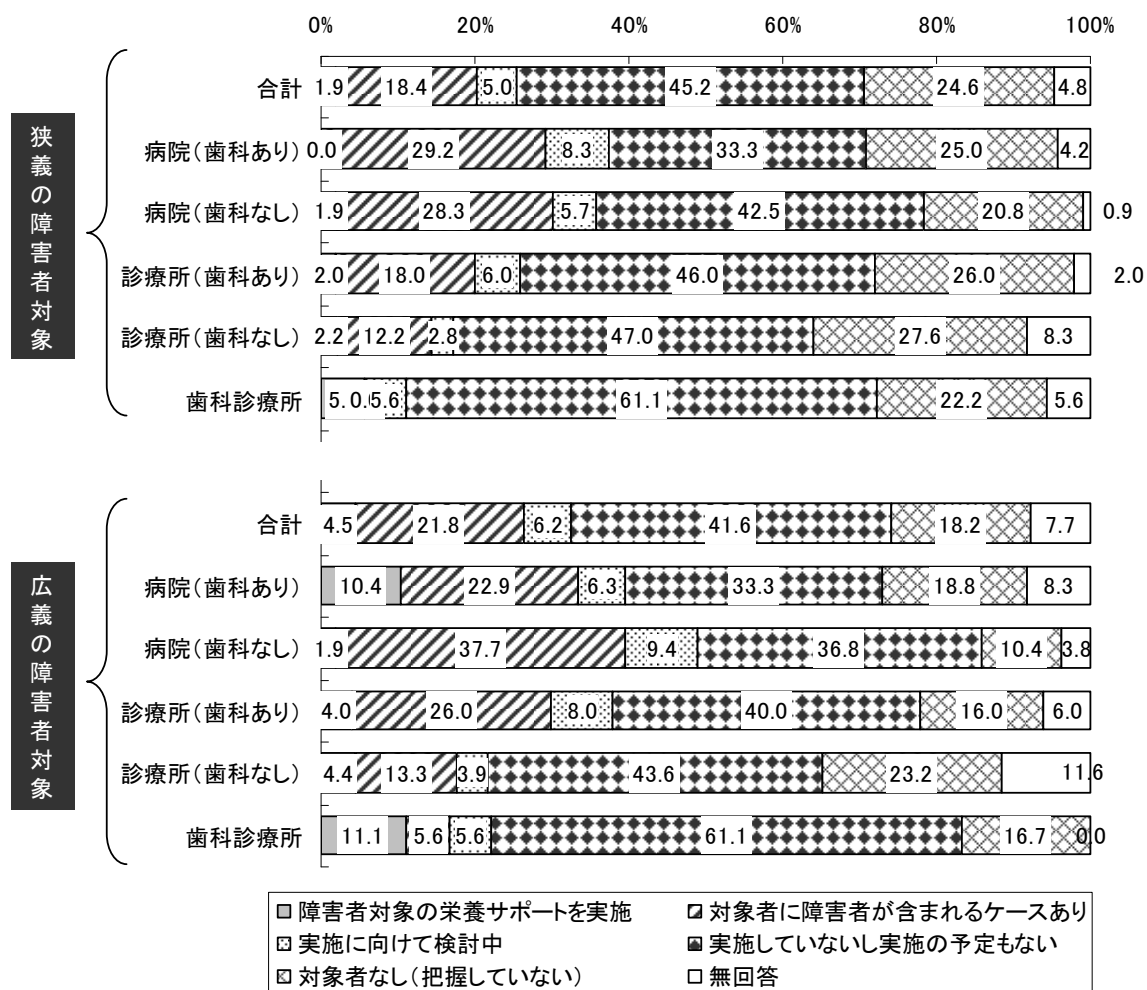


#### (4) 在宅の障害者を対象とした栄養サポートへの取組状況

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。

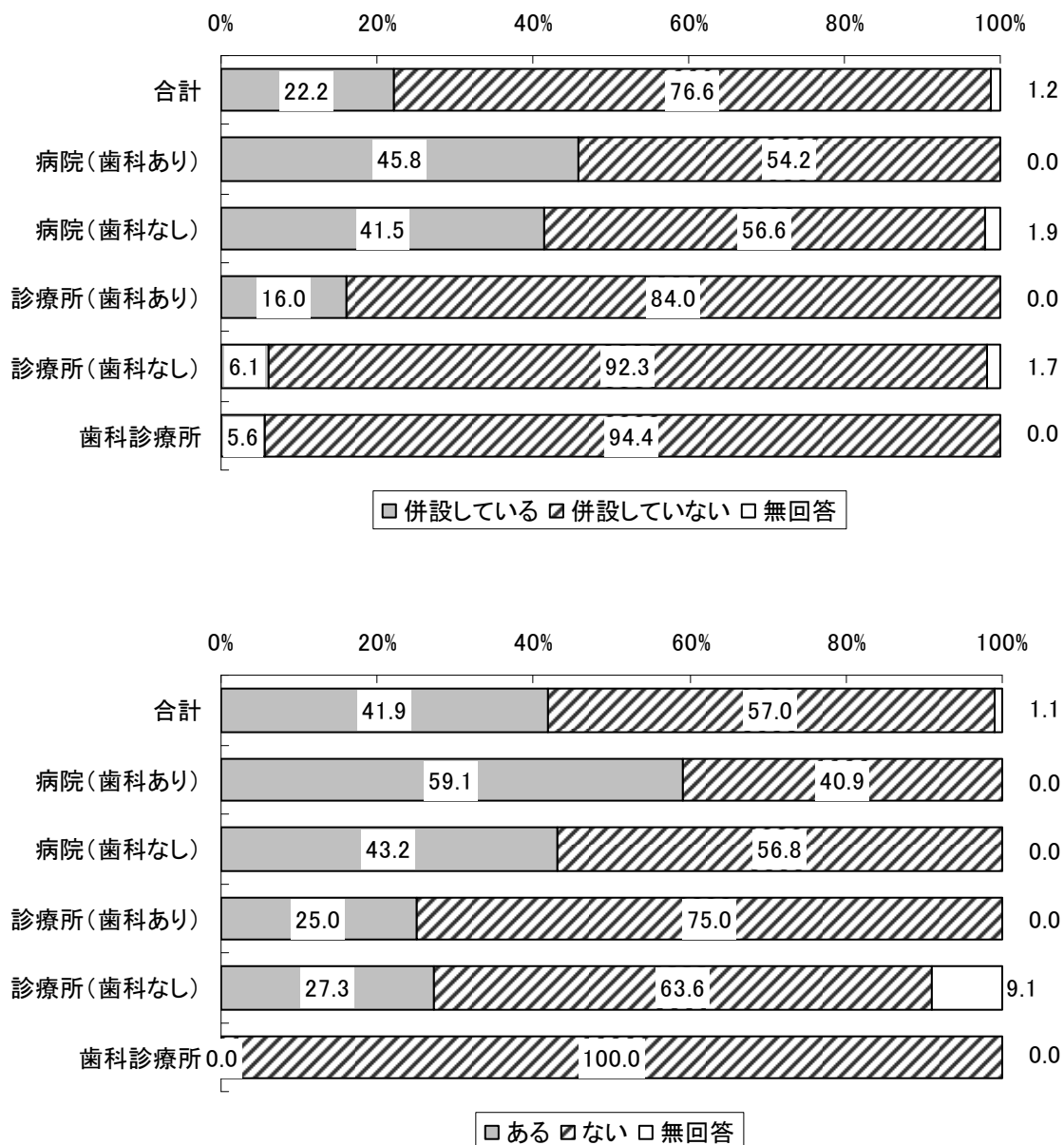
図表 2-6 在宅の障害者を対象とした栄養サポートの実施状況



## (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

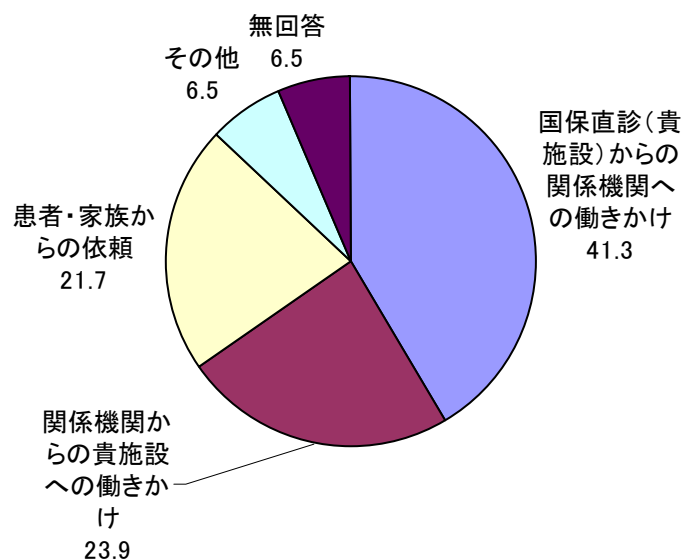
対象となった経緯をみると、46 事例中、「当院の退院患者」が半数の 23 事例であり、「訪問看護ステーションからの依頼等への対応」が 5 例、「その他」が 12 例であった。

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。

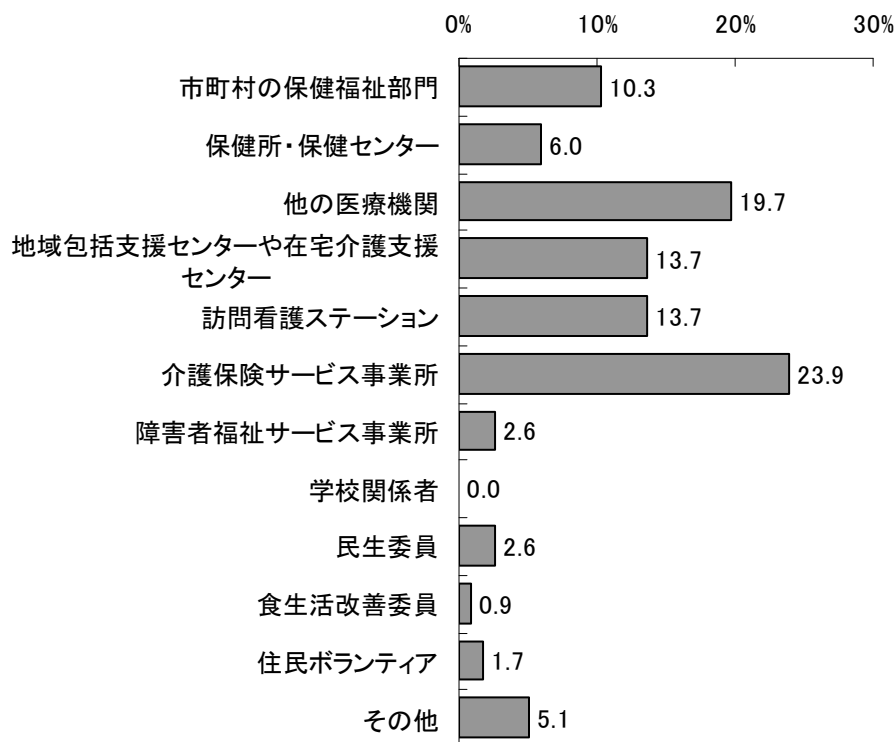
図表 2-8 地域連携体制の構築に至った背景



### (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。

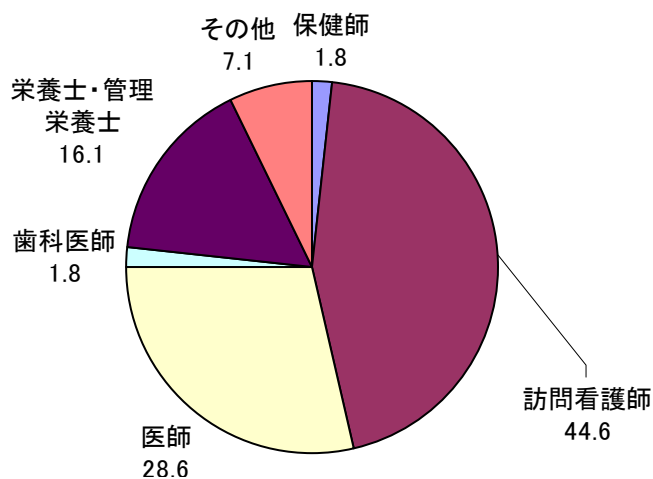
図表 2-9 連携を取っている機関



### (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 2-1 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>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が関与し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をするには至らない。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、その経過を把握していない。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"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>
<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関節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>

(19 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

医療機関と関わりの少ない、もしくは、関わりのない方への栄養サポートへの取り組みは不十分と考えられるが、在宅生活者の中には栄養サポートを必要としている方も多いと考えられる。

この点を踏まえ、先進地域における、施設の取組状況、地域資源間の連携の状況を把握し他地域で実施する際の参考とする。

## (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
- 施設における栄養サポートへの取組の概要
- 連携先機関・団体からみた国保直診
- 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

※各ヒアリング対象施設から上記の全事項について回答が得られたとは限らない

## (3) ヒアリング対象施設

都道府県	対象施設	開催日
京都府	京丹後市立久美浜病院	2008年9月24日(水) 14:30~16:30
香川県	三豊総合病院	2008年10月23日(木) 18:00~20:30
富山県	南砺市民病院	2009年2月12日(木) 14:00~16:00
福井県	おおい町名田庄診療所	2009年2月18日(水) 16:00~18:00
広島県	公立みつぎ総合病院	2009年3月4日(水) 15:00~17:00

---

## 2. 京都府京丹後市久美浜病院

---

### (1) 取組のきっかけ

栄養サポートについては、継続した途切れのないサポートが必要である。しかし、入院中は院内の NST 等によってサポートしていても、退院後、在宅に戻ったり、施設に入所した場合にはサポートが継続されないこともある。

必要に応じて訪問看護につなげることも必要であるが、それ以上に、退院後もサポートを続けるためには、地域が連携して、ネットワークを構築する必要がある。

京丹後市では、ネットワーク構築のための一つのツールとして、平成 17 年 7 月に地域 NST 研究会を立ち上げた。研究会には、市内の 4 つの病院（公的病院 2、民間病院 2）も参加している。これまで 7 回開催し（年 2 回）、毎回、100 名程度の参加者がある。

なお現在の取組は、市内を大きく 2 つに分け、東側は弥栄病院が、西側は久美浜病院がカバーする形となっている。

### (2) 具体的な取組

#### ①院内NSTの立ち上げ

院内 NST については、平成 16 年 9 月に準備委員会を立ち上げ、月 1～2 回の集まりを経て、平成 17 年 1 月に第 1 回院内 NST の会議が開催された。基本的には入院患者に対するサポートであるが、在宅患者がケースとして上がってくることもある。

現在、院内 NST は、栄養サポートチームと嚥下摂食チームの二つのチームから構成されており、嚥下摂食チームは毎週 1 回水曜日に回診している（これとは別に NST としての総回診が月曜日に行われている）。

NST のミーティングは毎週行っており、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、訪問看護師、理学療法士等が参加している。

#### ②地域で連携した栄養サポートについて

退院後に栄養サポートが必要な人がいた場合、退院時に病院の地域連携室がケアマネジャーに対して提供する情報提供表に、栄養面での留意事項等を記載しておく。在宅に戻る人については、実際に介護者にも来院してもらい、食事指導を行ったり、食事介助を行ってもらったりしている。

また、退院時のカンファレンス（ケアマネジャーが召集する場合もあれば地域連携室が召集する場合もある）において、サービス提供事業者とともに、どこまでのサービスが必要で、どこまでのサービスが提供可能かを明確にしている。そのことが、在宅での

トラブルの防止にもつながる。

ちなみに院内の栄養士が地域に出て行くことはない。

また情報提供表は、病院が独自に作ったわけではなく、地域のケアマネジャーからの要望もあって平成16年4月に導入した。

在宅に戻ってうまくできている、できていないかの分かれ目は家族介護力が大きく影響してくる。デイサービス等のサービスを使っていれば、少なくともその日の1食については配慮されていることになるが、何もサービスを使っていないケースについてはうまくいっていないことも多い。

### ③施設入所者の場合

特別養護老人ホーム久美浜苑の場合は、退院後に直接施設に入所する人については、場合によっては、退院前に施設職員が病院に来て指導を受けるケースもある。そして情報提供表をみて、できる限り、入院時と同じ対応をするようにしている。

また特別養護老人ホームおおみや苑の場合は、丹後中央病院との関係が深く、病院から看護師もしくは相談員が情報を提供してもらい、その内容を管理栄養士に伝える形となっている。入所後、必要に応じて管理栄養士が利用者本人等から話を聞き、約1ヶ月後の最初のカンファレンス時に対応できるようにしている。

そして特別養護老人ホームいちがお園の場合は、ショートステイやデイサービス利用者についてはケアマネジャーから状況を聞くことが多く、また入所の場合は、在宅の場合は介護職員や看護師と共に、管理栄養士も直接在宅に行って、入所者の生活歴等を聞いてくるようにしている。

## (3) 取組の効果

特別養護老人ホーム久美浜苑では、久美浜病院からの支援を受けるようになった平成16年度から、誤嚥性肺炎による入院者が激減した（総入院日数が半減）。全職員の意識が変わったことが、予防効果を生み出していると考えている。

また特別養護老人ホームおおみや苑においても、近隣の歯科診療所の歯科医師や歯科衛生士からの支援を受けて、口腔ケアに関する施設内研修を行うようになってから、職員の意識も変わり、誤嚥性肺炎による入院者が減少した。このように目に見える効果があると、職員にとっても励みとなる。

#### (4) 在宅生活者への栄養サポートに関する課題

在宅で生活している高齢者のうち、通所サービスを利用している方については毎月の体重管理ができているが、利用していない方についてはそれができず、結果として、栄養面に関するモニタリングが難しくなっている。

そのような方については、顔色や痩せ方、食事の状況などについて、家族や介護者から情報を得るしか方法はない。

また、市内の訪問看護ステーションうち、民間の事業所は全て撤退し、現在では公的病院に付属する4箇所のステーションしかなくなってしまった。

さらに、高齢の障害者については介護保険サービスである程度カバーできるが、それ以外の方、例えば難病や精神病の方については取組が難しい。もっとも地域の栄養士の活動は活発であり、所属に制約されないネットワークは構築されているが、栄養士だけの力だけでは限界がある。どうしても主治医や近隣の医療機関等からの協力が不可欠である。

### 3. 香川県三豊総合病院

#### 三豊・観音寺地区栄養サポート勉強会傍聴

- ・10月23日は第21回の勉強会で100人近くが参加（第20回は67人が参加）。
- ・施設間で嚥下食の統一が図られてない、という問題意識が発端で、地区内38施設において、施設間連携を進めるために嚥下レベル表の作成を行い、その結果が発表された。

#### (1) 施設における取組の状況

##### ①取組の現状

在宅生活者への栄養サポートとしては、訪問診察における定期的な採血による低栄養状態者の把握や、訪問診察や訪問看護時の食事状況の確認を通じたアセスメントが行われている。

このうち、定期的な採血のデータは、栄養に必要な項目が経時的に見られるようデータ管理している。

また、訪問診察・訪問看護時の食事状況の確認においては、摂取量が低下している場合、その原因をアセスメントして介入している。その結果、経口摂取が可能であれば、栄養補助食品を薦め、食事内容・食事量を確認し、栄養士に相談して改善策を検討している。一方、嚥下に問題があれば、食事形態の工夫を行い、必要に応じて経管栄養法や点滴等での水分・栄養摂取方法を検討している。

さらに義歯の不具合等、口腔内のトラブルが生じている場合は、必要に応じて歯科へ訪問を依頼している。

このような取組は進めているものの、在宅の方への栄養指導については問題意識はあるが、現時点では取組は進んでいない。また、行政との連携が希薄なため、地域全体の状況が把握できていない。

高齢者の中で要介護認定を受けている人（申請する人）については、退院時に総合相談室のソーシャルワーカーが中心となって、ケアマネジャーにも呼びかけ、スムーズに在宅生活に移行できるよう、カンファレンスを開催するようにしているが、十分にカバーし切れていない。

## ②地域における取組の状況

栄養管理計画書という書類があるが、現在、見直しを進めている。在宅に移行したり、施設に入所したりする際、退院時に必ず栄養士も関与することが理想である。

また香川県のシームレス研究会が取組を進めている地域連携パスは、在宅まで繋げることを目標としており、その意味では、栄養サポートと連携してなければならないが、現在はそこまでは進んでいない（地域連携パス自体も今年度から開始したばかり）。

また、病院や特別養護老人ホーム等の施設間で嚥下食の統一ができていなかったが、相互のレベルを合わせるための取組として、嚥下レベル表を作成した。

## ③連携体制構築に当たっての阻害要因

体制構築時の阻害要因としては、栄養サポートに関する関心が低いことと、医師や行政との連絡調整が不十分であることがあげられる。

また、退院時の介入も困難である（退院時カンファレンスへの関わり、ケアマネジャーとの連絡調整等）。

新たに発生した課題としては、地域連携パスとの連動が十分できていないことや、NSTに対する家族の受け入れの問題が挙げられる（必要なケースで受け入れが悪いため介入が難しい）。

## ⑤取組に当たっての課題

メインで活躍できる栄養士の活動制限があるため、栄養評価が十分できていない現状がある。

また、訪問時、栄養に係る十分な時間が取れない。時間的な制約だけでなく、専門分野でないため、栄養士のような専門的な判断・介入が難しい。

そして、栄養評価の視点においては職種間での意識や知識の差があることも課題である。

さらに、療養者の栄養に関する意識の低さも課題である。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、実施主体が療養者や家族のため、サービスの提供側が思うように改善していくことは現実的に難しい。

これらの課題解決には、食事・栄養連絡票の継続的な活用が必要となるだけでなく、ケアマネをはじめ関係職種が栄養に関する情報を共有できる体制づくりが必要である。

しかし、そもそもケアマネジャーが栄養面にあまり関わっておらず、ケアマネジャーに対して栄養の重要性を理解してもらう必要がある。具体的には、勉強会・研修会等の参加を地域包括支援センターからケアマネジャーに対して呼びかけてもらい、栄養に関する知識の根幹を築いてもらう必要がある。

## (2) 地域における取組の状況

### ①西香川病院

一般病棟を退院する方については、栄養面について十分に話をするようにしているが、独居の方への対応は大きな課題となっている。

### ②特別養護老人ホームとよはま荘

入所者が一時期病院に入院すると、食欲が低下したまま、施設に戻ってくるケースもある。施設には医師が常駐している訳ではないので、そのような場合は、主として栄養士と看護師とで対応を試行錯誤することとなっている。このような場合に協力してもらえる医師が必要となっている。

また、連携といった場合、職種によってその意識に違いがみられる。特に介護職については看護師と比べて知識不足である。

## (3) 在宅生活者への栄養サポートに関する課題

### ①キーパーソンとしてのケアマネジャー

キーパーソンはケアマネジャーである。ケアマネジャーに、栄養や食事の大切さを分かってもらうことが重要である。そうすれば、栄養状態が不良だと感じた時に、家族に話をすることもできる。

### ②介護者の負担を軽減するサービス

入院中にやっていたことをそのまま在宅で継続することはできない。特に家族介護者は栄養面以外にも大きな負担を担っている。

そこで、家族の手間がかからずにより食事が手に入るようなサービスが必要である。例えば配食サービスとか、デイサービス施設での食事提供等は、検討する価値はあるのではないか。



---

## 4. 富山県南砺市民病院

---

### (1) 地域における栄養サポートへの取組の概要

#### ①地域における栄養や食事に関する課題・問題点（高齢者等の栄養や食事の状況等）

南砺市の平成20年4月の高齢化率は29.6%、75歳以上の後期高齢者については16.4%であり、要介護認定率15.7%と年々増加の一途を辿っている。

当地域においても1人暮らし高齢者、高齢者の2人暮らし、単身男性において、様々な栄養上の問題が見られている。その内容は心身の衰えにより、食事に対する意欲の低下がみられ、調理して食事をとる（食事の内容やバランスなどがアンバランスとなっている。）ことができず、安易にスーパーなどの利用で、菓子パンや惣菜などを摂取している現状がある。

その為、生活習慣病（高血圧、心疾患、脳血管疾患）などで入院治療されている患者が多く、治療食や減塩指導を行い、在宅での継続した食生活をしていただくように努力しているが、再入院を繰り返す患者が多く見られている。

脳血管疾患で嚥下障害の患者には嚥下評価を行い、飲み込みの状態に応じた食事（形態・内容・量など）を提供している。しかし、当院では、嚥下のみでの評価対応を行っており、咀嚼（口腔ケアなど）の評価を行っていく必要がある。

歯科についてはマンパワー不足もあって対応しきれていない。

#### ②栄養サポートへの取組内容

入院中に低栄養や嚥下の問題などがあり、必要量（1日維持カロリー）の摂取が困難な患者に対しては、退院時に本人・家族・ヘルパー等に栄養指導（その方の状態に応じて、治療食、食事形態、内容、調理の工夫など）を行っている。退院後は地域において、ケアマネジャーやヘルパーなどからの要請に基づいて、外来で指導している。年間平均で2名程度の居宅栄養指導を行ってきたが、マンパワー不足により、定期的な評価や訪問指導ができない現状がある。

#### ③栄養サポートに関する施設と地域資源との連携状況

##### <現在の連携先と関係職種>

退院後、介護保険サービスを導入され、ケアマネジャーがたてたケアプランに基づき、訪問看護、訪問リハビリ、訪問介護などの利用から各職種からの栄養に関する相談などの対応を行っている。地域との連携は地域医療連携科を通してある程度は図れていると思われる。栄養についてのサポートやフォローアップなどは、ケースを通しての依頼で

の対応のみであり、継続支援の方法を試行錯誤しながら定着させていく必要がある。

#### 定期的な集まり等の有無とそこでの話題・中心機関

院内の栄養サポート（NST）としては、毎月定期的に入院患者を対象に、栄養について評価・分析し、改善に向けてチームで栄養支援体制の確立を目指している。

地域での活動として地域リハビリテーション研修会において、依頼があったときのみ、栄養についての話題提供（NST 活動、嚥下食、治療食などの専門的な内容など）を行い、栄養についての知識の普及と啓蒙活動を行っている。

### ④連携体制構築に当たりの阻害要因

#### <体制構築時の阻害要因と克服方法>

味わって楽しみながら、美味しく食べられる生活の質を考えた食生活習慣が地域において十分理解されておらず、専門職の間にも意識のずれが見られている。（食べられればよい、維持カロリーが摂取できればよい、というもので QOL を考えた対応ができていない）

地域では、特定高齢者対策で栄養改善・口腔機能向上に向けての介護予防事業を実施されているが、参加対象人数が少なく介護予防活動に寄与しているとはいえない。地域住民が食の楽しみについての意識の変革が必要であり、食べる機能の維持向上を図るには、歯科関連職種との連携が必要不可欠であり、私たち専門職も QOL を通して、食の楽しみが提供できるよう支援体制を構築していく必要がある。

#### <新たに発生した課題等>

入院中は、疾病からくる嚥下の問題のみに焦点を絞り、嚥下状態に応じて、食事内容や形態を変えて食事を提供しているため、食の楽しみや意欲の低下に何らかの影響を及ぼしていると考えている。

入院中は提供された食事を摂取しているが、退院後は、どのようにされているかは把握していない。誤嚥で再入院を繰り返す患者が多い現状があり、地域での食生活状況についてモニタリングしていく必要がある。

当院では、口腔内の清潔を目的に口腔ケアが行われており、摂食機能をアップさせるには、機能的なケア（摂食・嚥下機能）と器質的ケア（歯・歯肉・舌・口腔粘膜の健康維持など）の両方を含めた広義での、口腔ケアの考え方の導入と発展が必要であると考えているが、当院では現在ここまで至っていない。

## (2) 施設における栄養サポートへの取組の概要

### ①入院患者に対する栄養サポートへの取組内容と課題

#### <入院患者に対する栄養サポートへの取組内容と課題>

入院時は初回訪問により、嗜好、アレルギー等の聞き取り、病院食の説明（水分、塩分等）を行っている。それにより早期疾病治療や個人対応に役立てている。平成18年より栄養管理実施計画書の作成を各職種と協同して入院1週間以内に行い、患者の栄養に対する評価、課題、目標を提示し退院に向けて栄養状態を管理している。

各病棟での朝の申し送り時に栄養士が参加し、患者の状態や当日の予定を把握し、電子カルテ上では、看護師、ST、リハビリと情報の共有を行い、摂取状況、形態についての提案も行っている。昼食時には摂取状況確認のため、毎日の病棟訪問を行い、問題や変更があった場合、各職種と栄養カンファレンスを開き、経過録に記入して情報共有を行っている。

低栄養によりNSTに依頼された患者はNSTカルテを使用しメンバーで評価、提案を行っている。当院のNSTでは「口から食べる」ということを目標に毎週水曜日昼食時、メンバーが集まり各病棟へ回診を行っている。実際の摂取状況を見て、食事内容、形態、スプーンの大きさ、誤嚥しないポジショニングなどを検討し少しでも口から食べていただき、栄養状態を上げるように取り組んでいる。

課題として、入院時の早期栄養評価や定期的なモニタリングを行い、低栄養にならないため、早期のNST介入が必要と思われる。

経腸栄養の管理では必要栄養量の確保や栄養剤種類の選択、経済面、手技などを考慮して医師に提案していくことが重要と思われる。

#### <退院に当たっての取組（退院時のマネジメントと退院後のフォロー等）>

退院に向けての拡大カンファレンスに参加し、病院食の説明、栄養状態、1日の必要栄養量、退院後の食事内容について提案を行っている。退院時、在宅の方は家族、本人に病院での食事（減塩食、嚥下食など）について説明を行う。嚥下に問題のある方は言語聴覚士と連携をとり、言語聴覚士から飲み込み機能の説明後に行う。高齢者の方には実習（ゼリーなど）も行うこともある。しかし、退院後は継続されているか把握していない現状である。

当院併設のディケアでは退院後利用されている患者も多く、入院中の食事の提案、ディケアでの摂取状況を確認や、在宅でのフォローを行っている。

施設の方は食事連絡表の提示を行っている。食事時間には施設栄養士が直接状況を確認したり、電話での情報交換することがある。居宅栄養指導は地域連携科を通じて依頼があれば行い、1年間で2件程度の依頼であり、定期的な指導は行っていない。

## ②在宅生活者を対象とした取組の状況と課題

### <対象者と対応職種>

平成12年より治療食の配食サービスを在宅に実施し、食事の提供でモニタリングをしていたが、本年度から約50名の利用者を民間の配食サービスに移行したため、その後の評価はしていない。

入院中は提供された食事を摂取しているが、退院後は、どのようにされているかは把握していない。誤嚥で再入院を繰り返す患者が多い現状があり、地域での食生活状況についてモニタリングしていく必要性がある。

在宅では食事の摂食機能の低下から、維持量摂取のため訪問看護師・言語聴覚士から、食べやすく高カロリーが摂取できるゼリーが紹介されているが、飽きてくると食事に対する意欲の低下と維持カロリーを摂取できない傾向が見られる。

治療食の提供には限界があり、宅配食も高価で、高齢者にとって食費の経費がかさむ原因となり、高齢者に必要と理解はできるが、生活面を考えると費用がかからない方法や経腸栄養剤を使用した方法をとらざるを得ない状況がある。

### <具体的取組内容（今後目指す方向性）>

#### 1) サービス内容・栄養モニタリングの方法

ケアマネジャーに退院時の栄養状態や指導内容を具体的に伝え、退院後、1ヶ月、3ヶ月のフォローアップができるシステムを構築していく。(居宅栄養管理指導の活用)

食事についての問題点があれば、連携科を通して、チーム(NST)でその対象者の問題を明らかにし、分析・評価・提案を行い、実行できる具体的な支援内容の提示が行える。

#### 2) 連携機関間での情報の共有化

情報の共有が図れるよう、栄養に関する情報伝達ツールの開発(嚥下状態に合わせた食品の提供、形態など)を行い、地域での共通ツールとして用いられるようにする。

低栄養状態を判断する目安として、検査値の指標や身体状態(やせ、皮膚の状態など)の判断の目安を提示し、早期発見と対策治療に結びつけるよう地域スタッフに啓蒙していく。

#### 3) 多職種連携のための工夫と資質向上策

地域リハビリテーション研修会で事例検討を行い、多職種間で問題点の検討・解決策を協議し、その中で、各職種の課題や実施方法を明確化していく。(現状に対しての方策)

#### 4) 院内NSTとの連携

地域において食事等問題点があれば、連携科を通してチームの幹事に連絡し、対象者の問題を明らかにし、分析・評価・提案を行い、実行できる具体的な支援内容の提示が

行える

外来通院患者の中で、栄養的に問題がある患者を医師・看護師がピックアップし、栄養指導に繋げ、地域ケアサービス（介護保険・地域保健・福祉など）に繋げる。

#### 5) その他

地域保健との取り組み連携が行われていない現状があるため、事例（モデルケース）として地域包括の管理栄養士と連携を行い、マンパワーを補いながら低栄養状態の患者の改善に結びつけていく。

### <取組に当たっての課題>

医療・福祉との連携は介護保険などで密接に連携をおこなっているが、保健との連携が浅く、地域住民の栄養状態や嗜好・文化については、十分理解されていない。

地域住民の QOL を考えると地域において、要介護状態の高齢者が年々増加しており、早急に対策を取らなければ、要介護者が更に増加し、介護保険サービスの質や量の維持提供が困難になっていくと思われる。

要支援・要介護状態にならないための介護予防対策が必要であり、いくつになっても口から美味しく、楽しく、味わいながら、食べられるよう住民の意識を変えていく必要性がある。

## (3) 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

### ①各関係機関が果たすべき役割・各関係機関に期待される役割

医療機関として、地域住民の健康状態を改善させると共に、疾病や障害を有する患者に対して、残存する機能を維持・向上させるよう地域保健・福祉スタッフと共に、対象者の QOL 向上のために、いくつになっても口から美味しく、楽しく、味わいながら、食べられるよう住民の意識を変えていく役割がある。

歯科保健に関しては、住民の意識も低く、高齢になって歯がダメになってあきらめてしまう事例が多く見られる（入れ歯があわなくても仕方がない）。

そのため、歯で噛むこと味わうことができない。自分の歯の維持が若年期より必要であり、毎日の口腔ケアの必要を認識してもらい、その取り組みについて、母子保健（胎児期から）の連携強化が必要である。

## ②各職種が果たすべき役割・各職種に期待される役割

### <医師・歯科医師>

患者の全身状態を医学的管理し、疾病の治療・状態の改善を行い、チームリーダーとしての役割を担う。

状態に応じた適切な判断と治療を行い、他のスタッフのレベルの向上を支援する役割（サポート支援）

### <看護師・保健師>

地域住民の健康状態を把握、問題のある対象者を抽出し、早期治療に結びつける。地域での生活をモニタリングし、栄養改善がなされているか、軌道修正が必要な場合は、他のスタッフとの連携を密にし、患者の支援を図っていく。

### <栄養士・管理栄養士>

地域での栄養状態に問題のある方を対象とし、他のスタッフとの連携を行いながら、その対象者の栄養評価を行い、実行できる改善点を明確化し、提示する。その後、地域での食事状況をモニタリングし、軌道修正を行い、対象者の栄養改善に寄与していく。

### <歯科衛生士>

地域住民の口腔内状態を把握し、その問題点を歯科医療から地域へ発信してもらい、当地域での取り組みなくてはならない課題について明確にしてもらう。地域の口腔衛生の担い手として、支援協力をお願いしたいと考えている。

### <理学療法士・作業療法士>

体の機能改善のため、リハビリを行い、体力アップとADLの拡大を図ってもらう。自力にて経口摂取ができるように作業療法的な用具等の工夫（個別対応）の提示が行え、食事に対する意欲の向上に繋げる。

### <言語聴覚士>

摂食機能の向上のため、機能的なケア（摂食・嚥下機能）面のみではなく、器質的ケア（歯・歯肉・舌・口腔粘膜の健康維持など）の両方を含めた広義での口腔ケアの考え方の導入と実践をお願いしたいと考えている。

### <社会福祉士・ソーシャルワーカー>

地域における各職種間の問題点を集約・明確化し、その問題に対して、チームで取り組んでいけるよう、支援連携強化をはかり、具体的解決策が各スタッフへ反映出来るようにしていく役割がある。

### <その他（精神保健福祉士・ヘルパー等）>

対象者の身近で本人の状態を見守りながら、その対象者に合った支援を行い、問題点があれば他職種との連携を行い、速やかに問題が解決できる方策を提示できるように支援していく。

## 5. 福井県おおい町名田庄診療所

### (1) 地域の概要

福井県おおい町（ちょう）に所在。おおい町は、平成 18 年 3 月に大飯町・名田庄村の合併により誕生した。町域の 90%を山林が占める。平成 21 年 1 月 1 日時点で人口 9027 人、3202 世帯。うち名田庄診療所の属する旧名田庄村の人口は、町全体の約 3 割である。

当診療所は、「星の里名田庄あつとほ〜む いきいき館」を構成する 4 施設（高齢者保健福祉支援センター、おおい町社会福祉協議会名田庄支所、工藤デンタルクリニック、当診療所）のうちの 1 施設。「いきいき館」は床面積 2071 m<sup>2</sup>。

地域には一人暮らしの高齢者が多い。高齢化率は 30%程度である。

要介護者は 80 人程度。要支援も含めるともう少し増える。これは高齢者の 1 割程度である。

周辺にある、比較的規模が大きい病院は、約 20km 離れた小浜市にある公立小浜病院である。

### (2) 地域における栄養サポートへの取組の概要

#### ①地域における栄養や食事に関する課題・問題点（高齢者等の栄養や食事の状況等）

##### <栄養上の問題を引き起こす要因 1：食材調達が困難>

過疎化の進行で小売店が少なくなり高齢者が自力で食材調達することが困難な状況となっている。

現在における食材調達の方法は、行商（1 件）から調達する、車で小浜市まで行き調達する、宅配業を利用して調達する、自給自足により調達する、などがある。

このうち、宅配業についてはシステムがわかりにくく高齢者が利用しにくいデメリットがある。

また自分の畑で取れた野菜を食べ過ぎたり、一人世帯では同じものを何食も食べてしまう状況にある。

##### <栄養上の問題を引き起こす要因 2：介護保険関係の問題>

介助サービスを希望する老人はいるが、生活費の制約でサービスを利用できない状況にある。また医療行為があると施設に入居できないため、在宅で介護力がないと行くところがない状況にある。



### <栄養上の問題を引き起こす要因3：入れ歯の状態が悪い>

口腔機能のチェックで引っかかる人が多い。この要因として入れ歯の状態が悪いことが挙げられる。ただ地域に歯科が1軒しかないこともあり、あまり調整に来ない状況にある。公共交通機関で小浜市の歯科医まで行く人もいる。

### <生じている栄養上の問題点>

自給自足では、野菜中心となること、肉より魚を取ることが多くなる、などの栄養バランス上の偏りが生じている。

また健康づくりのモデル事業において調査を行った結果、塩分の摂取が多いという結果が出た。

子どもについては、ピーナッツや卵などの食物アレルギーが増えている。

## ②栄養サポートに関する施設と地域資源との連携状況

医師は、公立小浜病院（456床）と電話、手紙、FAXで連携している。当診療所は医師が1人しかいないため訪問は困難である。

介護は、電話等のみだと状況が伝わらないため退院前カンファレンスなどを受けている。

行政の栄養士が平成14年に正職員として入った。栄養士が当診療所に所属したのは、必然的な理由からである。なお、おおい町には栄養士は4人おり、名田庄地域には2人いる。

行政の栄養士の仕事は、健康づくり、食事診断、栄養指導教室、糖尿などの個別面談、在宅での介護食の研修、ヘルパーさんへの協力、食生活改善推進員への指導も行っている。

栄養士が不在の平成13年以前の時期は保健師が担当していた。必要に応じ学校栄養士に協力を頂いた。

地域住民が食材を調達できない問題への対策として、食生活改善推進員が食材調達の役割を担うという案については、住民からも食生活改善推進員からも出たことはない。その理由は食生活改善推進員は別の仕事をしながら兼務で推進員の仕事をしているためである。

社会福祉協議会は1週間に1回、1食200円で配食サービスをしている。サービスの対象は審査を受けた人である。同居人がいるとサービス対象外となる。20食～30食提供している。メニューは1種類である。調理形態などを含めた献立はおおい町で決めている。

### ③連携体制構築に当たっての阻害要因

公立小浜病院には地域に出るだけのマンパワーはない。医師は忙しくて顔を合わせる余裕がない。旧大飯町とは旧名田庄村とは医療圏が違う。

## (3) 施設における栄養サポートへの取組の概要

### ①対象者と対応職種

嚥下障害について、ST や耳鼻科の医師は予防的には関わっていない。その理由には、(当診療所には耳鼻科が診療科目としてなく、)小浜病院の耳鼻科に常勤医師がいないこともある。ST はマンパワー不足により地域に出られない。

認知症で食べない人は少なく、むしろ食べ過ぎてしまうケースが多い。食べ方自体を忘れてしまうケースについては医師が担当している。

褥瘡の患者は軽度の人だけいる。在宅の人は少なくなっている。介護職員がデイサービスで早期に見つけるケースが多い。このため重度の患者はいない。

### ②具体的取組内容

低栄養のモニタリングについては、体のむくみの状況をヘルパーから聞いたり、体重増減を2ヶ月に1回チェックしている。

低栄養は外来で発見するケースが多い。ケアマネからの「足がはれてきた」という連絡で気づく場合も多い。

訪問介護において「ご飯だけ食べていてはダメだ」などと指導してもらうよう、ヘルパーを指導している。

栄養指導については、ケアプランに組み入れる形で、ケアマネに依頼している。バランスよく食事を取るよう携帯電話のカメラで、食事記録を3日分撮って送ってもらうようにしている。この写真を分析後、栄養指導するようにしている。また3日分取れば、よそ行きの食事ではなく、普段の食事が見えてくる可能性が高いと考えた。また写真を撮る際には、スケール感がわかるように決まった用紙の上に置いてもらうこととした。

若年で栄養障害のある方について明確に把握している事例はないが、不登校、引きこもりの児童で、親からも連絡がないケースがあり地域の問題と感じている。

生活困窮者は生活保護を受給するよう指導している。ただ当地域は昔ながらの助け合いの精神が残っており、生活困窮者に無償で食事を提供するなど、地域のインフォーマルな支えあいで栄養サポートが成立している面もある。

#### (4) 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

##### ①各職種が果たすべき役割・各職種に期待される役割

知的障害者など自立支援適用のキーパーソンは保健師である。

S Tは嚥下体操などの意識を持っているが、ST 自体の人手が足りない。

歯科医は、歯科衛生士の派遣はできるという考えで、あり、入れ歯のかみ合わせを調整することは可能である。

## 6. 広島県公立みつぎ総合病院

### (1) 地域における栄養サポートへの取組の概要

#### ①地域における栄養や食事に関する課題・問題点（高齢者等の栄養や食事の状況等）

尾道市御調町の平成20年4月の高齢化率31.4%、75歳以上の後期高齢者率18.8%であり、高齢者支援が主要課題である。

1人暮らしや高齢者のみで生活している人が多く、買い物など不便な環境にある人も少なくない。病院通院時にまとめ買い、便利屋さん（商店街店主が高齢者世帯に電話1本で何でも配達）、町内スーパーから移動販売車（マート号）の利用、生協などを利用している。野菜づくりは上手で旬の食材はあるが、魚・肉・卵・豆腐・牛乳などは購入されている。

平成19年度においては、入院患者の約4割が低栄養状態であり、NST介入者の平均年齢も約80歳と高齢化している。病院NST介入症例（年間新規介入：約100件）の介入終了の理由のうち、44%が介護施設への入所、13%が在宅復帰であり、低栄養が改善されないうちに退院となる症例が相当数みられる。

旧尾道市の地域と旧御調町の地域では住民の気質がかなり異なる。旧御調町地域ではボランティアの力など、住民の「地域力」が弱いと感じている。このため住民は、栄養サポートなどの手厚いサービスが「あって当たり前」だと思っている。住民の地域力をいかに高めるかが課題である。

#### ②栄養サポートへの取組内容

基本的に、地域における栄養支援活動全般を病院NST責任者が主導し管理する方針としている。病院、介護施設、在宅と3つの療養環境全てに対応でき、一人の住民に対して切れ目なくサポートが継続できるよう取り組んでいる。

#### <地域保健での取り組み>

健康診断で低栄養と判定された人や要支援1・2の人を対象にした介護予防事業（約10人）では地域に生活されている高齢者の方の要介護度が重度にならないよう「栄養改善」の支援を行っている。（スクリーニング・アセスメント・モニタリング・評価実施）

健診を受けない人については、病院NST責任者が地域ボランティアと一緒に食事をするなど、積極的に交流し情報収集に努めている。ただこの方法にも限界があるため、在宅NSTにボランティアが加われば、低栄養者の発見にとってだいぶ効果的だと考えている。

入退院を繰り返す患者も少なくないが、ホームヘルパーステーションや訪問看護ステーション、地域包括支援センター、保健師、民生委員などが連携して早期対応に努めて

いる。また、平成 20 年 2 月より在宅 NST が稼働しており、ケアマネジャーなどの在宅最前線スタッフが現場で可能な栄養評価を行い、特に、摂食・嚥下障害の人に対しては専門職が訪問指導を行っている。

### <福祉部門の取組>

#### 1) 高齢者への対応（介護保険利用以外の高齢者）

配食サービス：食生活研究グループによる配食 年間 40 回 1307 人

地区社協が主体になり保健福祉センターから補助あり

さすが会：男性の料理教室：年間 6 回 72 人

→男性は 1 人暮らしになると、“酒を飲んで、つぶ食を食べない”という問題がある。このため男性のための料理教室を開いている。

地域サロン事業：旧御調町 13 ケ所あり、年間活動月 1 回 2546 人（平成 20 年）

→とじこもり予防のため、集会所又は公民館に高齢者が来る事業であり配食サービスを含んでいる。

民生委員による 1 人暮らし高齢者への訪問（見守り事業）

包括支援センターによる訪問

#### 2) 障害者への対応

ふれあいサービス：病院への付き添い、買い物など生活面で困り事を支援

（車移乗のみ出来ない）、登録制度、有償ボランティア（1H 700 円）

地域住民で障害があれば誰でも利用できる

施設（社会福祉法人）あやめの里・すがのの里：作業所

#### 3) 地域の人も定食・ランチが食べられる

すだちの家（作業所）：障害者の自立支援

→パンを作って病院でも販売している。作業所の方への配食サービスは行っている。

### <介護施設での取り組み>

併設介護施設（保健福祉総合施設）には、NST 専門療養士の資格を有する看護師 2 名、管理栄養士、歯科衛生士、言語聴覚士が在職し、通常の栄養ケアマネジメントの機能を超える施設内 NST としての活動が根付いている。病院からの継続症例、管理難渋例に対して、病院 NST 責任者が関与している。病院 NST 責任者は週一回定期的に施設内の NST 回診を実施する。

### <在宅における取り組み>

在宅に関しては、退院時にカンファレンスを行い医師の指示によりケアマネジャーによるケアプランなどに基づき、本人同意のもと居宅訪問栄養食事指導なども行っている。訪問患者の多くはデイケアなどのサービスを利用しており、身体計測・嚥下評価・口腔ケアは施設利用時に行っている。また、在宅 NST でのケースカンファレンス、医師による訪問診療、必要に応じたスタッフ訪問など、当院を中心とする体制が整っている。NST 医師の訪問診療は月に 3～5 件程度、訪問栄養指導の件数は年間のべ 120～150 件である。

在宅への退院の事例には病院 NST から在宅チームへ適宜引き継ぐようになっている。

地域連携の重要性を考慮し、院外の関係機関などに働きかけ第 1 回在宅 NST 勉強会も平成 21 年 2 月末に開催した。

### <訪問口腔ケア>

当院歯科は、在宅、介護施設（併設及びそれ以外）での口腔ケアを精力的に実施しており、その件数は施設単体として全国トップクラスである。

## ③栄養サポートに関する施設と地域資源との連携状況

### <現在の連携先>

地域包括ケアシステムを基盤として、栄養支援の観点より、医療、介護、福祉、保健機能単位の間で、必要な連携が構築されている。

在宅支援の観点から、地域内開業医との連携を図っている。病院 NST 責任者が直接連絡をとることが多い。

### <関係職種>

院内の関連スタッフとしては、医師による訪問診療、かかりつけ医、歯科医師、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション、薬剤師、管理栄養士、通所リハビリ（デイケア）、歯科衛生士、短期入所療養介護、ホームヘルパーステーション、居宅介護支援事業所、行政（保健福祉センター、地域包括支援センター）民間輸送サービスなど。

外部に支援を要請するという事は少ない。

NST といえば外来と切り離された印象を持っている人が多いのではないかと。意欲ある内科医の関わりが増えることが望ましい。

### <定期的な集まり等の有無とそこでの話題・中心機関>

#### 1) 在宅 NST 会議（中心機関：公立みつぎ総合病院）月／1 回

患者の療養環境に即応し、継続性が保証される仕組みを構築するため、在宅ケアスタッフが身体状況・食事内容・嚥下機能・口腔の状態・褥瘡の有無などを報告し、多職種

によるアセスメントと計画策定に繋げる。

対象症例に嚥下障害を有することが非常に多いので、在宅経口摂取支援のための取り組みについて話し合うことが多い。具体的には、実際に増粘剤で調整した食事の喫食体験を行い、増粘剤の食感等への理解を深め、在宅患者・家族への資料としてトロミ調整マニュアル表を作成した。

併設の介護施設のスタッフも加わっている。

## 2) 在宅 NST 勉強会（中心機関：公立みつぎ総合病院）

本地域及び近隣地域の関係医療機関やサービス提供事業所を含めた病院・介護保険施設・在宅支援スタッフの連携を図ることを目的に実施する。平成 21 年 2 月 28 日開催の会のテーマは「認知症のある方に在宅で経管栄養するために」であった。

### ④連携体制構築に当たっての阻害要因

#### <体制構築時の阻害要因と克服方法>

地域包括ケアシステムが構築されているからこそ、NST の院外展開が比較的容易であった。

病院医師の栄養に対する認識：病院医師には栄養に対する認識に大きな差があり、NST が関与しないケースでは、包括的視点からの継続管理が受けにくい状況となっている。NST 院内回診の際には、主治医への注意・警告が必要な場合には、電子カルテ上に NST 責任者がコメントを記録し伝達している。また、栄養に関する基礎知識をナースセッションに定期的に掲示して、院内全体に栄養に対する意識の向上を図っている。

関連職員の意識としては、既存のシステムに頼りすぎるきらいがあり、周辺施設・機関との連携の気運が高まらない。周辺の施設を含む“少し広い枠組み”での地域包括ケアシステムの構築について啓蒙を図るべきであろう。NST 活動がその役割を担う潜在能力がある。リーダーが戦略的姿勢を持って、少しずつ該当施設（世羅中央病院、久井市民病院、府中北市民病院及びこれら周辺の介護施設）に働きかけている。

#### <新たに発生した課題等>

新たに発生して課題としては下記の点が挙げられる。

- ・周辺の医療・介護施設及び保健機関との連携。栄養を通じて地域全体の保健・福祉の向上を図ることへの NST としての自覚を高めるとともに、その意義を病院スタッフに広く啓蒙する。
- ・病診連携（かかりつけ医との関係：“かかりつけ医の関心がうすい”）。
- ・家族や本人が在宅でのかかわりを拒否することがある。
- ・対象者と評価者に適したアセスメント様式の確立

→アセスメント様式はあまり複雑だと難しい。書面での栄養ケアプランの提示と同意が実施されていない。

- ・在宅の栄養法と入院・入所先での栄養管理法の統一。
- ・病院外来部門との連携
  - 内科から情報が来ないことを課題と感じている。胃瘻に対する考え方や関係職種との連携（食事療法に対する考え方）。病院が認識していない患者を、どのように探していくかが課題である。

## （２）施設における栄養サポートへの取組の概要

### ①入院患者に対する栄養サポートへの取組内容と課題

#### <入院患者に対する栄養サポートへの取組内容と課題>

当院の栄養ケア・マネジメント委員会は、院長直属の組織で4つの部会（NST部会・褥瘡部会・摂食嚥下部会・口腔ケア部会）により構成され、食事・栄養に関係する全ての側面に即応した活動を保証している。

NSTは適切な栄養療法を選択・実施することにより、治療効果の向上、合併症の減少、QOLの向上、在院日数の短縮、医療費の削減、医療の質向上を図ることを目的としている。介入対象の選択については、基本的に主治医の依頼によることとなるが、病棟ナースが積極的に主治医に働きかけている。

院内の口腔ケアと嚥下訓練・療法に関する取り組みが盛んであり、NSTと連動する。

NST活動の詳細を以下に示す。

- ◇介入対象症例のNST回診（病院毎週水・木曜日、併設介護施設：木曜日）
- ◇回診時のカンファレンスで病棟単位の問題のある症例検討を行う
- ◇回診の所見を電子カルテに記入し、回診時の記録はカルテに添付、NST介入者の栄養療法に関する評価・提言は記録に残し担当医に報告する
- ◇栄養ケア・マネジメント委員会（全部会合同会議）、NST部会などを定期的に行う
- ◇NST対応患者の状況、院内における栄養療法に関する問題点を定期的に院長に文章で報告する
- ◇職員からのコンサルテーション（患者相談、栄養相談）に随時応じる

平成19年度の入院患者の約4割が低栄養状態であり、NST介入者の平均年齢も約80歳と高齢化しており、介入症例の数が横這いから増加の傾向にある。介入終了の理由は改善13%、在宅13%、施設入所が44%と施設や在宅との栄養サポートの連携を図ることが重要である。

看護部門の人的資源及び栄養上の知識、医師の間に栄養に関する認識が不足している、在宅に繋げようとする努力が不足していることなどが問題点としてあげられる。



## <院内 NST 介入者であった人が退院する場合の退院時のマネジメントとフォロー等>

施設への入所時には、退院時サマリーとは別に NST サマリーを作成し申し送りの徹底を図っている。総合施設入所後も継続して NST が介入する。

他病院・他施設へ転院する場合には、退院時サマリーとは別に NST サマリーを作成し申し送る。

在宅へ退院する場合には、患者・介護者の QOL を考慮し、栄養の適応を検討、退院前に療養について多職種でケースカンファレンスを行う。在宅調整は訪問看護ステーションと連携を図り、かかりつけ医の往診など社会資源の活用をアセスメントする。退院後は継続看護検討委員会（月 1 回）、在宅ケア連絡会議で報告および検討を行う。

## ②在宅生活者を対象とした取組の状況と課題

### <対象者と対応職種>

#### 1) 対象者

在宅 NST のケアスタッフが食事摂取に問題がある人や口腔に問題がある人を取り上げて、在宅 NST カンファレンスにかける（病院 NST 対象者が在宅復帰となる場合や開業医からの相談があった事例）。

#### 2) 対応職種

訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、地域包括支援センターのスタッフ。病院 NST 責任者。病院歯科医師、衛生士。保健福祉センターの管理栄養士、病院管理栄養士。病院の言語聴覚士。

### <具体的取組内容>

在宅 NST は、7 年前から始まった。在宅 NST は、主にカンファレンス中心であり、評価やモニタリングは現場に任せている。事務局は、管理栄養士が担当し、会議の日程調整などを行っている。

#### 1) サービス内容・栄養モニタリングの方法

多職種による検討会議（月 1 回）。在宅 NST 管理計画書（共通の様式があるが、在宅については電子化はされていない）に基づき多職種による検討会議（月 1 回）で方針を立て、実施した。結果を公表して評価し、再度モニタリングをする。在宅 NST 管理計画書には、身体状況、食事内容、嚥下機能、口腔状態、褥瘡の有無。身体計測（体重、AC、TSF、CC）や血液検査、経過や栄養に関する問題点を記入する。課題としては、書面での栄養ケアプランの提示と同意の確認。病院の外来部門との連携が不十分である。

#### 2) 連携機関間での情報の共有化

在宅 NST 会議で経過報告を継続する。研修会の開催、勉強会の開催で参加を呼びかけ

地域の医療機関と連携を図る。課題：在宅用のスクリーニングとアセスメントの様式を作成する。

### 3) 多職種連携のための工夫と資質向上策

会議の開催、研修会・勉強会開催、学会発表などを行っている。課題としては、一般住民向け教育資料の準備が挙げられる。

### 4) 院内 NST との連携

病院 NST の責任者が在宅 NST を管理する。NST のコアスタッフが適宜在宅 NST に参加する。公立みつぎ総合病院で開催される栄養ケア・マネジメント委員会への参加。NST サマリーを作成し情報を共有する（施設と病院間など）。家族へ栄養に関する情報を提供する（現在は施設のみ行っている）。

#### <取組に当たっての課題>

NST として、栄養を通じて地域全体の保健・福祉の向上を図ることへの自覚を高めるとともに、その意義を病院スタッフに広く啓蒙する。

この観点から、地域ボランティアとの連携をさらに密にして、潜在的低栄養症例の掘り起こし、過栄養対策の強化を図るべきである。

栄養支援活動として、在宅経腸栄養患者の管理、摂食嚥下機能評価や介護度の高い患者への支援、患者と家族が保管する自身の栄養管理手帳の作成など、周辺の医療機関・介護施設・ケアマネジャーに普及していくことも検討する必要がある。

活動の効果尺度を適切に設定して、定期的評価を行うべきである。

## (3) 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

### ①各関係機関が果たすべき役割・各関係機関に期待される役割

当院は、地域の中心施設として、自己完結型体制から周辺施設・機関との連携形成への効率的な展開が期待される。

### ②各職種が果たすべき役割・各職種に期待される役割

#### <医師・歯科医師>

医師：患者の全身状態の医学的管理、疾病の治療・状態の改善、チームリーダーとしての役割、サポート支援

歯科医師：口腔機能の維持向上、歯科領域の疾病の発見と治療

#### <看護師・保健師>

訪問対象患者の栄養状態の把握

#### <栄養士・管理栄養士>

栄養アセスメント（身体計測など）、栄養管理表作成（食事内容、栄養必要量や摂取量、SF・AFの確認）、訪問栄養食事指導、病態別食事内容の工夫と食生活のチェック、訪問後の栄養経過表作成、栄養ケアモニタリング作成、栄養ケア提供経過記録表作成、連携会議に出席して職種間の情報を収集する。

#### <歯科衛生士>

専門的口腔ケアの実践により、口腔内の清潔を保ち誤嚥性肺炎の予防、口腔機能の維持向上を図り、安全な栄養摂取を支援する。

#### <理学療法士・作業療法士>

栄養状態を勘案した個別的リハビリ。

#### <言語聴覚士>

摂食嚥下機能評価（入院時にVE/VF検査、通所時リハ利用時にはスクリーニング検査と摂食状況をチェック）。食事形態や食事姿勢及び増粘剤に関する助言。

#### <社会福祉士・ソーシャルワーカー>

生活支援全般、栄養に関わる経済的問題の解消。

### （４）その他

医師が関与する場合には、在宅に出でいかず指示だけをする人では信用されない。最前線の人しかわからない話があるからである。

NSTの活動については、現在、マンパワーを要するだけで診療報酬はない。しかしながら今後は、改善事例は存在し効果もあることから、再入院率や入院日数の減少など定量的なデータを測定していくことも重要と考える。

## 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%となっていました。このように入院・入所の環境では十分な栄養支援を受ける機会が増えていますが、一旦在宅復帰をすると、せっかくの綿密な管理が途絶えがちとなります。

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

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

## 栄養サポート体制構築の手引き 目次

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

## 2. 地域の状況に応じた在宅栄養サポート体制

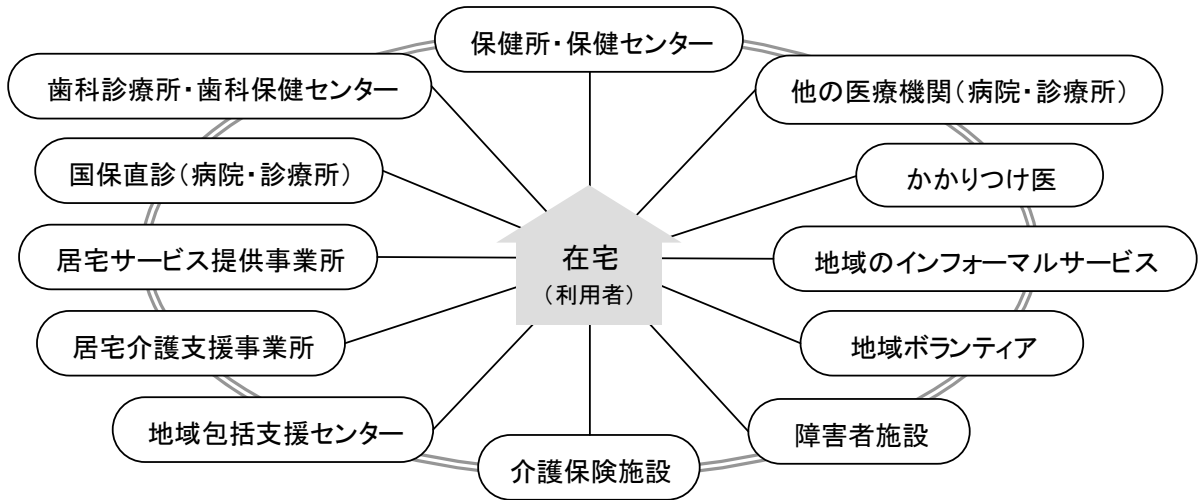
医療機関におけるNSTの普及は目覚しく、平成17年9月に日本静脈経腸栄養学会によるNST稼働施設の認定が始まり、平成20年7月で全国において1223施設が認定されています。また、平成17年10月の介護保険改正により、高齢者の低栄養状態の予防・改善を目的に、個別的な栄養評価に基づく栄養ケア・マネジメントの実施を介護報酬上の加算と評価されることとなりました。全国に共通する高齢化という根本的な問題を背景に、疾病・介護予防の観点から栄養支援の必要性が広く認識されていると言えます。

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

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



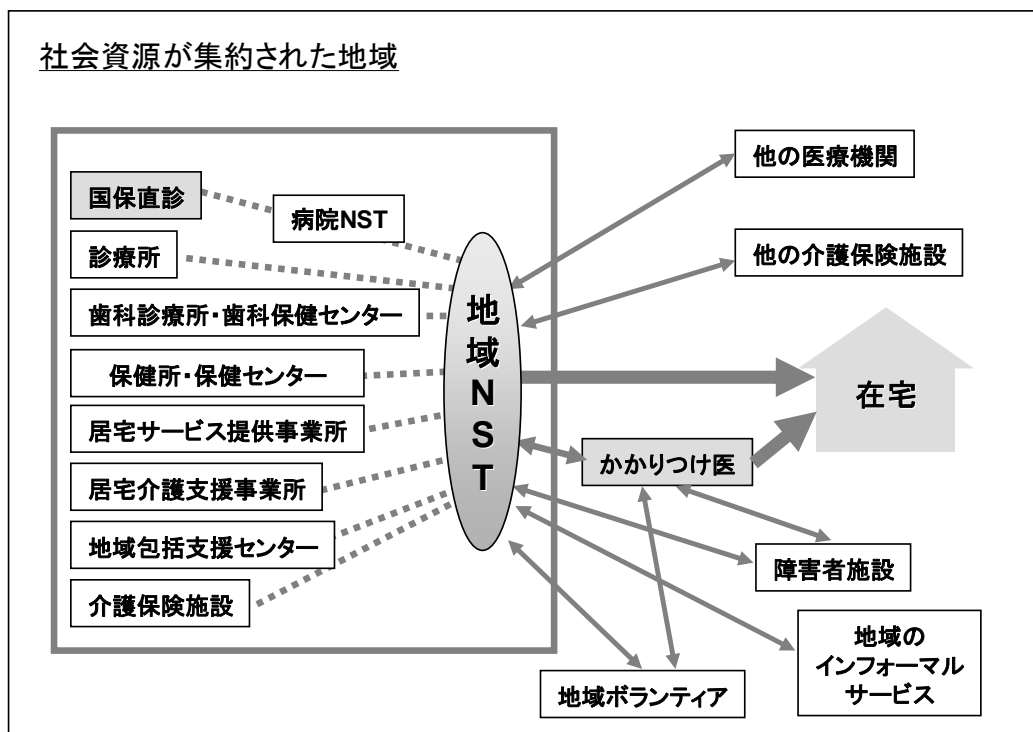
図表 4-1 在宅栄養サポート体制が目指す方向性



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

## (1) 社会資源が集約された地域

図表 4-2 地域資源が集約された地域における在宅栄養サポート体制の構築



### 地域NSTとは:

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

### 地域NST構築のためのステップ:

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

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

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

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

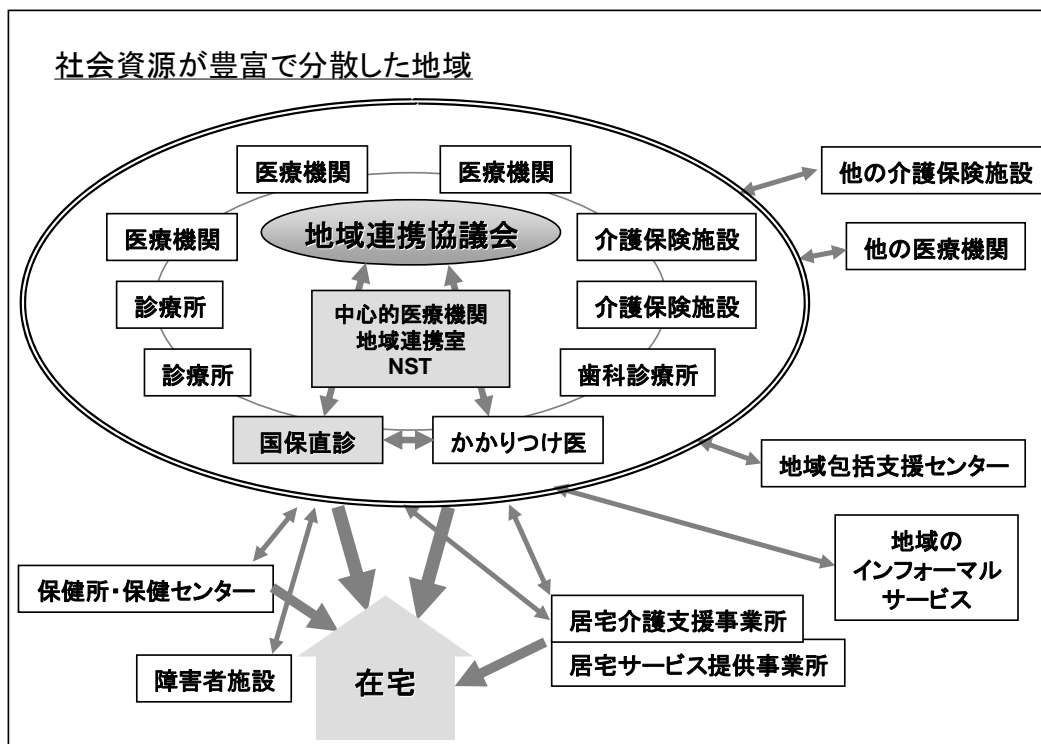
地域 NST 医師は、周辺の開業医（かかりつけ医）と積極的に連携を図ります。かかりつけ医や併設以外でも老人保健施設からの依頼があれば、出張して栄養アセスメントを行い、また病院で専門的な嚥下機能評価を実施して情報提供します。また、NST が誤嚥性肺炎の患者の受け入れ窓口として機能し、肺炎治癒後の適確なタイミングで VE、VF を実施して、経口摂取の可否、推奨される食事形態の選択を行います。情報や知識の共有が進んでいけば、肺炎後の栄養管理の途上にあっても、かかりつけ医に引き継ぐこと

が可能でしょう。

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

## (2) 社会資源が豊富で分散する地域

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



### 在宅栄養サポートのための地域連携構築のステップ:

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

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

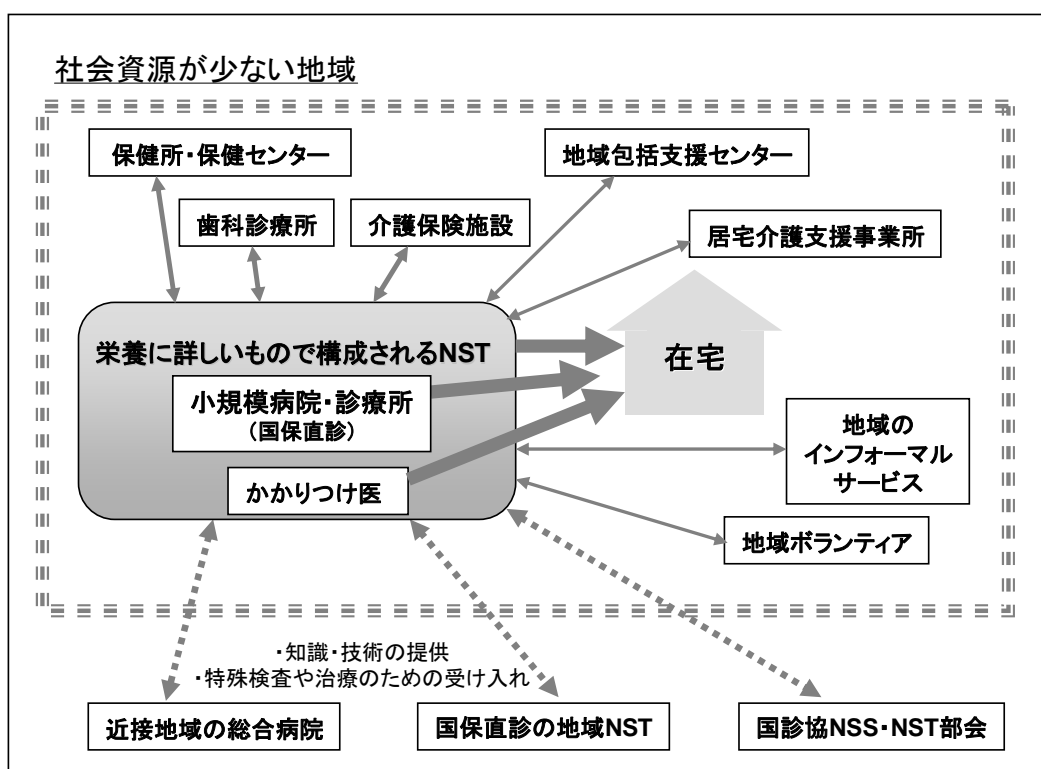
組織の立ち上げに関して、まずは、合同勉強会などで地域での栄養支援の意識を高めます。情報伝達がスムーズとなるよう電子メールのメーリングリストで管理するのが望ましいでしょう。次に、症例に関するコーディネーターの確保ですが、中心的医療機関の職員が担当することが望ましいでしょう。ここで、中心機関の地域連携室のソーシャル・ワーカー等の活躍が期待されます。連携室職員の栄養に対する意識・知識が高ければ、連携のスピードや質を向上させると予想されるので、準備段階から特別な注意を払って NST は彼らに栄養支援とその継続の意義を教育すべきでしょう。

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思われます。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思われます。診療所であればなおさらでしょう。まずは、地域の社会資源のなかで栄養に詳しい職員を出来るだけ募って、連絡網を作ります。皆が集まって、勉強会を開き、ケースに関する話し合いができるようにしたいところです。管理栄養士あるいは保健師・看護師が含まれていれば、必ずしも医師でなく彼らが組織をリードしてもよいでしょう。医師が不足して勤務条件が厳しければ、余裕のあるほかの職種が実質的に音頭とりの役割を果たすのが、組織設立には現実的である。但し、管理対象の多くは医療依存度が高いので、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。

#### （４）症例情報の記録と共有のためのツール

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

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

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



## 3. 対象の特性に応じたサポートの実践

### (1) 退院後の支援継続を要する症例

#### ①在宅栄養支援のキーパーソン

##### ●キーパーソン（かかりつけ医、保健師、看護師、ケアマネジャーなど）

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

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

#### ②在宅栄養支援の必要はわかるが余裕のないなかで

##### ●どこの施設もマンパワーが足りない！

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

##### ●目的や目標を明確にできなければ介入効果は乏しい。

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

#### ③退院前にできること

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

●主治医には頼り過ぎない。

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

●病院の看護師さんへ

在宅療養する患者とその家族の生活をイメージできますか？

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

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

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

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

### ●看護師と栄養士が揃えば十分です。

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

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

## ④家族のキーパーソンとの連携

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

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

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

## ⑤在宅栄養サポート組織との連携

### ●在宅NSTや栄養サポートに関する地域連携協議会への相談

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

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

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

## ⑥かかりつけ医と栄養支援キーパーソンへの情報提供

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

## ⑦在宅療養の維持

### ●家族には嚥下に関する説明を行い、窒息や肺炎の危険を理解してもらう。

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

### ●厳密な計算はあまり役に立たない。

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

### ●月に一度の観察・記録を基本とする。

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

### ●観察・記録項目について

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

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

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

## ⑧訪問診療

●在宅の現場には、患者目線で栄養管理を考えるヒントが必ずあります。

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

## ⑨体重の測定

●デイケアやショートステイの際に必ず記録します。

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

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

## ⑩受診や入院

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

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

## ⑪老健や介護支援施設との情報共有

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

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

## ⑫在宅介護者を対象とした勉強会

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

## ⑬地域の介護保険施設との連携

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

### ⑬-a 情報の共有（病院－施設間、施設－施設間）

●情報共有のための連絡票を作りましょう。

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

### ⑬-b 嚥下食の形態

●施設間で嚥下食のレベルを揃えるよう努めましょう。

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

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

### ⑬-c 施設から在宅復帰する際に

#### ●退所前の在宅かかりつけ医への連絡

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

### ⑬-d 勉強会を利用した地域のレベルアップや交流

#### ●介護施設—病院が連携して勉強会を開きましょう

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

## （2）嚥下障害を有する在宅症例

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

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

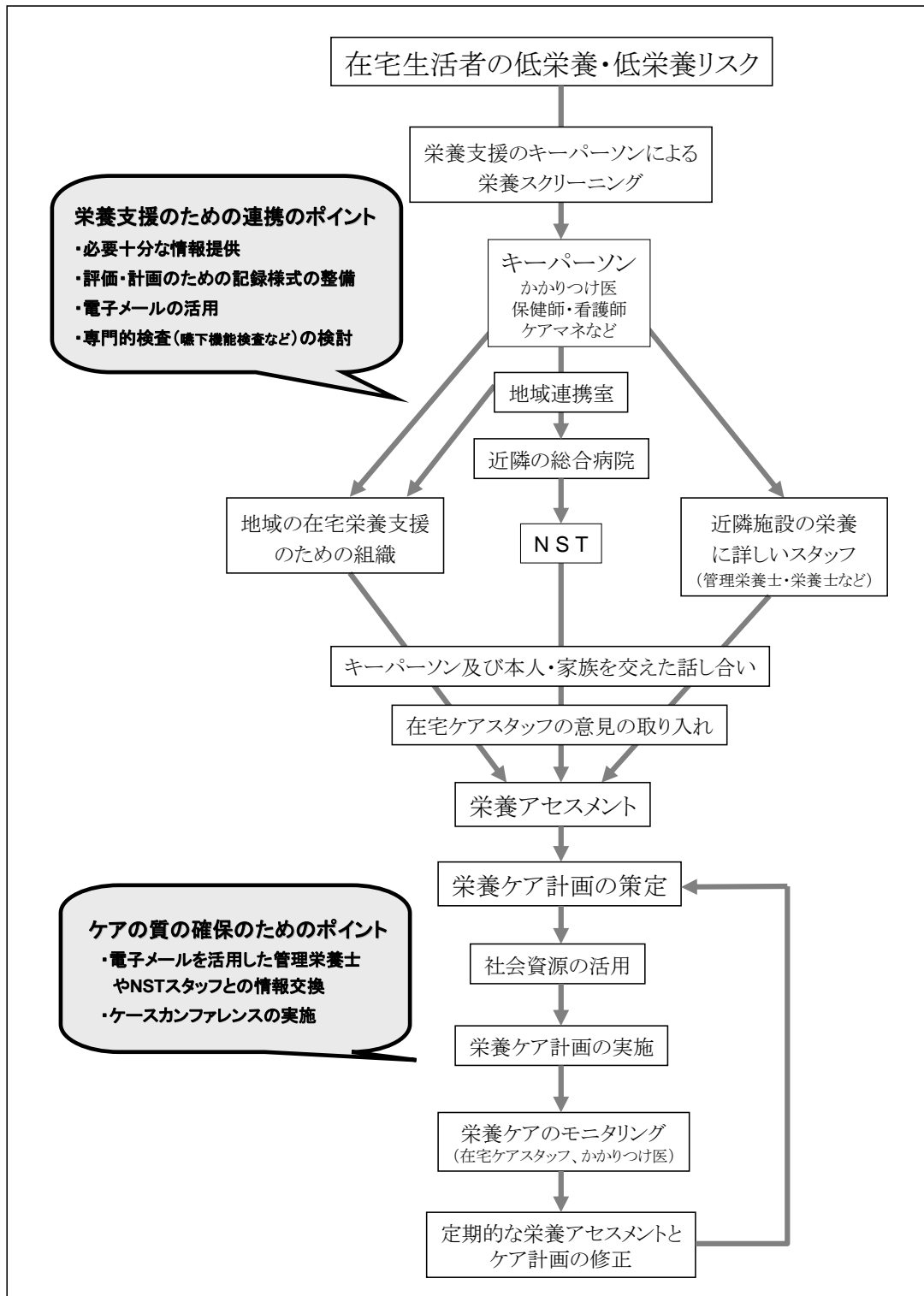
症例個々に対する支援の流れについては、図表 4-5 の在宅栄養サポートのフローチャートを参考にしてください。

#### 【高齢の嚥下障害症例によくみられる経過】

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

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

図表 4-5 在宅栄養支援のフローチャート





### ①嚥下障害を疑う

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

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

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

### ②摂食場面の観察

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

### ③簡便な嚥下機能のスクリーニングテスト

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

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

#### ④家族への説明

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

#### ⑤嚥下障害への初期対処

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

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

#### ⑥専門的嚥下機能評価

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

#### ⑦栄養スクリーニング

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

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

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

## ⑧地域の在宅栄養サポート組織や病院 NST との連携

### ●地域に在宅栄養サポート組織があるか確認してみましょう。

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

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

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

## ⑨栄養アセスメント

### ●アセスメントやケアプラン作成に電子メールを活用しましょう。

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

## ⑩栄養ケア計画の作成

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

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

## ⑪ 栄養状態の追跡

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

## (3) 身体・知的障害者に対する在宅栄養支援

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

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

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

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

# 別表 1 栄養スクリーニング表

## 在宅支援のための栄養スクリーニング

平成21年2月 国診協 地域ケア委員会NSS・NST部会

### 基本情報

ふりがな	生年月日: 年 月 日	番号:
氏名:	年齢: _____ 歳	性別: 男・女
職業: ( )	□無	
療養環境	□在宅 □施設入所(施設名: _____) □その他( _____ )	
要介護区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	ケアマネジャー
障害区分	□身体 □精神 □知的 ( _____ )	障害者施設
治療中の疾患	□高血圧症 □糖尿病 □脳血管障害 □その他( _____ ) 医療機関名( _____ )	
NSTの関与	□無 □有→(施設名: _____)	
管理栄養士・栄養士の関与	□無 □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? □はい □いいえ	

### 栄養状態

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

### 低栄養のリスク判定

□低リスク	□中リスク	□高リスク
□18.5~29.9	□18.5未満	□18.5未満
□3%未満減少	□1か月に3~5%未満 □3か月に3~7.5%未満 □6か月に3~10%未満	□1か月に5%以上 □3か月に7.5%以上 □6か月に10%以上
□3.6g/dl以上	□3.0~3.5g/dl	□3.0g/dl未満
□比較的良好(76~100%)	□不良(75%以下)	
		□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	□無 □有( _____ )	アレルギー	
治療食の指示	□無 □有( _____ )	摂食環境	□椅子 □座卓 □車椅子 □ベッド
摂食行為	□自立 □一部介助 □全介助		
食事の形態	●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 ●水分のトロミ: □必要		
調理者	□家族 □ヘルパー関与 □配食サービス □自立 □その他( _____ )		

### 症状及び観察項目

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

### 【在宅支援のための評価】

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

2) 栄養支援のキーパーソンの確保  できず  確保( \_\_\_\_\_ )

3) 連絡・相談が必要な施設・機関

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

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

別表 2 栄養アセスメント表

在宅支援のための栄養アセスメント

平成21年2月 国診協 地域ケア委員会 NSS・NST部会

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

**身体計測**

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

**臨床検査**( 年 月 日実施)

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

口腔機能:  
嚥下機能:

**必要栄養量**

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

**栄養摂取量 (※口経管栄養)**

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

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

記入日	平成 年 月 日	記入者の所属	職種
記入者		連絡先	

別表3 栄養ケア計画書

在宅支援のための **栄養ケア計画書**

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

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

栄養法 経口摂取 経管栄養 静脈栄養

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

経管・静脈栄養の内容:

課題 栄養 に 関 する	-----
	-----
	-----
	-----

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

●栄養ケア計画の立案

長期的目標	
-------	--

短期的目標	栄養ケア計画	担当者	期 間

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

別表4 栄養ケアモニタリング表

栄養ケアモニタリング表

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

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

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

平成21年2月 国診協 地域ケア委員会 NSS-NST部会



(77 頁裏)

## 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

2009年3月18日 13:00～16:30 都市センターホテル 606 会議室

#### ②内容

1300～1310	開講式
1310～1325	調査事業結果報告①（松坂委員長） 「地域における障害者に対する栄養サポートシステムの構築事業」調査概要報告
1325～1350	マニュアルの活用方法（菅原委員） 「栄養サポート実践マニュアル」の内容と活用方法
1350～1400	休憩
1400～1440	先進事例報告 「公立みつぎ総合病院における地域 NST の取り組み」 広島県公立みつぎ総合病院併設介護老人保健施設みつぎの苑 看護師 大河 智恵美 氏 「京丹後市 NST 研究会が果たした役割と展望」 京都府京丹後市立久美浜病院 副院長 赤木 重典 氏
1440～1530	グループワーク
1530～1630	グループワーク結果発表・総評（松坂委員長）
1625～1630	閉講式

#### ③参加者数

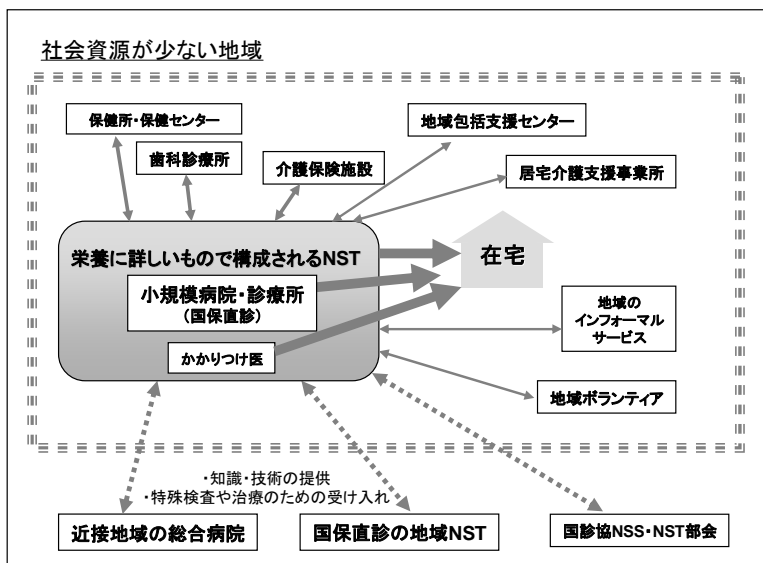
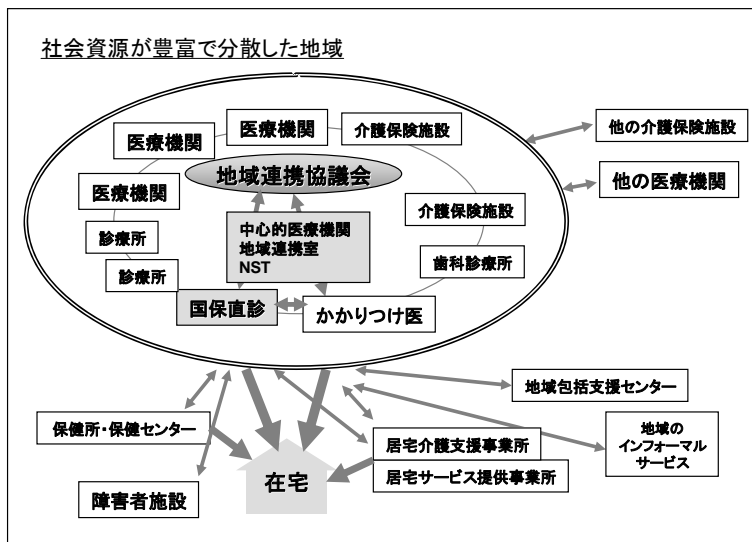
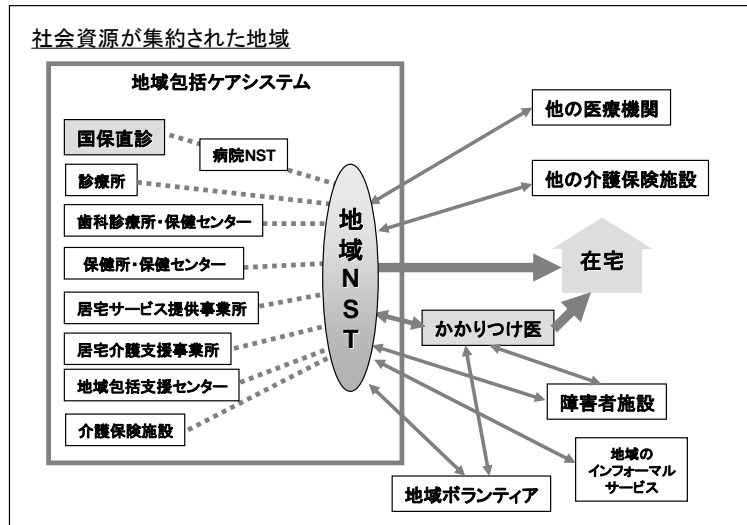
38名

### (2) グループワークの形式

#### 【グループ分け】

参加者を5つのグループに分け、それぞれ「社会資源が集約された地域」（1グループ）、「社会資源が豊富で分散した地域」（2グループ）、「社会資源が少ない地域」（2グループ）における対応の方向性について、後述する事例についての検討を行った。

図表 5-1 グループワークで用いた地域類型



## 【検討事例】

下記の3事例のうち、各グループ2事例について（事例①は必須）、「事例における課題は何か?」「地域類型を考えると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?」等について検討した。

### 事例①：重度身体障害＋嚥下障害の進行

#### 【事例の内容】

13歳の女兒。脳性小児麻痺で重度心身障害と診断されている。母親が介護者であり、身の回りの世話をすべて行う。咀嚼は全く出来ないが、スプーン介助で嚥下反射はある。食事は、家族の同じものをミキサーにかけて提供していた。最近介助に要する時間が長くなり、若干痩せてきたので心配である。

### 事例②：配食の必要性、調理者確保の問題、栄養指導・管理の継続介入

#### 【事例の内容】

78歳の独居の男性。ADL自立。通院歴なし。息子は遠隔地に居住する。隣人によると自分で調理して食べているとのことであるが買い物に出る様子はなく、最近目立って痩せて来たとのことである。お酒が好きで昼間から飲んでいることもあり食事の偏りは明らかである。自宅に他人を入れることを好まない。

### 事例③：要介護者の栄養リスク＋介護力の低下

#### 【事例の内容】

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。

## 2. グループワークにおける検討結果

### (1) 若年障害者に関する事例 (重度身体障害+嚥下障害の進行) 事例①

13歳の女兒。脳性小児麻痺で重度心身障害と診断されている。母親が介護者であり、身の回りの世話をすべて行う。咀嚼は全く出来ないが、スプーン介助で嚥下反射はある。食事は、家族の同じものをミキサーにかけて提供していた。最近介助に要する時間が長くなり、若干痩せてきたので心配である。

#### ①地域支援が集約された地域 (地域類型①)

課題は？	キーパーソンや連携先は？	不足している資源は？
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 内科的な問題</li> <li>✓ アセスメント</li> <li>✓ 口腔機能</li> </ul>	<u>キーパーソン</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 母親</li> </ul> <u>連携先</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 学校</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ アセスメント</li> </ul>

#### ②地域支援が豊富で分散した地域 (地域類型②)

課題は？	キーパーソンや連携先は？	不足している資源は？
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 介護負担</li> <li>✓ 全般的な栄養状態</li> <li>✓ 嚥下障害のリスク</li> <li>✓ 嚥下反射の低下</li> <li>✓ 体重減少 (摂取量低下)</li> </ul>	<u>キーパーソン</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ かかりつけ医</li> <li>✓ 歯科医、歯科衛生士</li> <li>✓ 訪問看護ステーション</li> <li>✓ 行政</li> <li>✓ 障害者施設</li> <li>✓ 中心的医療施設 (NST)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 特別支援学校</li> <li>✓ 通所施設</li> <li>✓ 嚥下、栄養の評価</li> <li>✓ 嚥下訓練</li> </ul>

#### ③地域支援が少ない地域 (地域類型③)

課題は？	キーパーソンや連携先は？	不足している資源は？
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 医学的評価</li> <li>✓ 嚥下障害のリスク</li> <li>✓ 介助時間の延長</li> <li>✓ 食形態・内容</li> <li>✓ 体重減少</li> </ul>	<u>キーパーソン</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 母親</li> <li>✓ 訪問看護師</li> <li>✓ 医師 (かかりつけ医)</li> </ul> <u>必要なサービス</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 訪問栄養指導・評価</li> <li>✓ 嚥下機能評価</li> <li>✓ 歯科の関与 (訪問)</li> <li>✓ PEG 造設の検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ST</li> <li>✓ 歯科医師、歯科栄養士による訪問 (←開業医の関与が難しい場合)</li> </ul> <p>⇒近隣の総合病院の関与が不可欠である。</p>

(2) 嚥下障害以外の栄養リスクを伴う高齢者に関する事例①事例②

(配食の必要性、調理者確保の問題、栄養指導・管理の継続介入)

78歳の独居の男性。ADL 自立。通院歴なし。息子は遠隔地に居住する。隣人によると自分で調理して食べているとのことであるが買い物に出る様子はなく、最近目立って痩せて来たとのことである。お酒が好きで昼間から飲んでいることもあり食事の偏りは明らかである。自宅に他人を入れることを好まない。

①地域支援が集約された地域 (地域類型①)

課題は？	キーパーソンや連携先は？	不足している資源は？
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 自宅に他人を入れる事を好まない</li> <li>✓ 昼間から酒を飲んでいる</li> <li>✓ 目だって痩せてきた</li> </ul>	<p>キーパーソン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 家族、息子</li> <li>✓ 民生委員</li> <li>✓ 地域包括支援センター</li> <li>✓ 保健師、福祉課、栄養士</li> <li>✓ 診療所、総合病院</li> </ul>	/

②地域支援が豊富で分散した地域 (地域類型②)

課題は？	キーパーソンや連携先は？	不足している資源は？
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 目だって痩せてきた</li> <li>✓ 食事の偏り</li> <li>✓ 酒が好きで多い</li> <li>✓ 自宅に他人を入れる事を好まず</li> <li>✓ 独居</li> </ul>	<p>キーパーソン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 包括支援センター</li> <li>✓ 病院 (NST 評価)</li> <li>✓ 行政、サロン、料理教室</li> <li>✓ ボランティア、民生委員、食事改善員</li> <li>✓ 栄養士</li> <li>✓ 訪問看護サービス、配職サービス</li> </ul>	/

③地域支援が少ない地域 (地域類型③)

課題は？	キーパーソンや連携先は？	不足している資源は？
/	<p>キーパーソン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 近隣地域の総合病院</li> <li>✓ かかりつけ医、栄養士</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 家族のケアをサポートするシステム</li> </ul>



(3) 嚥下障害以外の栄養リスクを伴う高齢者に関する事例②事例③

(要介護者の栄養リスク+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。

①地域支援が集約された地域 (地域類型①)

課題は？	キーパーソンや連携先は？	不足している資源は？
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 妻の口腔機能低下、低栄養</li> <li>✓ 夫のADL低下</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 夫</li> </ul>	/

②地域支援が豊富で分散した地域 (地域類型②)

課題は？	キーパーソンや連携先は？	不足している資源は？
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 老々介護</li> <li>✓ 夫のADL低下による介護力低下</li> <li>✓ 妻の食事</li> <li>✓ 口腔ケア</li> </ul>	<p><u>キーパーソン</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ケアマネ・ヘルパー</li> <li>✓ 訪問栄養士</li> <li>✓ 薬剤師</li> </ul> <p><u>必要なサービス</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 通所、ショートステイ</li> <li>✓ 配食サービス</li> <li>✓ 訪問歯科</li> <li>✓ 訪問リハ (PT、ST)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 中心的医療機関、かかりつけ医</li> <li>✓ 介護保険施設、訪問看護ステーション</li> <li>✓ 国保直診 NST</li> </ul>

③地域支援が少ない地域 (地域類型③)

課題は？	キーパーソンや連携先は？	不足している資源は？
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 介護力低下</li> <li>✓ 嚥下障害</li> <li>✓ 口腔機能低下</li> <li>✓ 栄養評価</li> </ul>	<p><u>キーパーソン</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ケアマネ・ヘルパー</li> </ul> <p><u>必要なサービス</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 介護サービス</li> <li>✓ デイサービス、ショートステイ</li> <li>✓ 歯科診療</li> <li>✓ 訪問口腔ケア</li> <li>✓ 嚥下機能評価</li> <li>✓ ヘルパーの栄養指導</li> <li>✓ 配食サービス</li> <li>✓ 訪問栄養指導</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 歯科衛生士</li> <li>✓ 歯科医の往診</li> </ul>

**A 地域類型②** (赤い丸)

13才学童 (青い丸)

《事例》1 について

**〔問題点〕**

1. 介護負担
2. 栄養障害
- ↑
- 嚥下機能障害
3. 食事内容の問題 (家族も同じで良い)

**〔必要なサービス〕**

1. 13才 特別支援学校 通所施設 介護支援
2. 嚥下の評価と栄養
3. 嚥下訓練

**〔連携先〕**

市の **かかりつけ区** (赤い丸)

介護保険施設 (赤い丸)

PT, ST (赤い丸)

障害者支援センター (赤い丸)

地域包括支援センター (赤い丸)

訪問看護 (赤い丸)

中心疾患対応 (赤い丸)

NST (赤い丸)

**事例 2**

**問題点**

- ・自宅に他人を入れる事を好まない
- ・昼間から酒を飲んでいる
- ・自分で捜せて来た。

↓

家族息子 (赤い丸)

保健師 (赤い丸)

福祉課 (赤い丸)

栄養士 (赤い丸)

総合病院 (赤い丸)

診療所 (赤い丸)

医師 (赤い丸)

民生委員 (赤い丸)

隣人 (赤い丸)

地域包括支援センター (赤い丸)

セブの介入 (赤い丸)

↓

- ・定期的に息子の連絡
- ・民生委員、隣人との地域ホスピタル
- ・地域包括支援センター

**事例 3 (社会資源少ない)**

**〔問題点〕**

- ・介護力低下
- ・嚥下障害
- ・口腔機能低下
- ・栄養評価

**〔連携〕**

- ・キーパーソン (ケアマネ・ヘルパー)
- ・必要なサービス (介護サービス、デイサービス、ショートステイ)
- ・歯科診療
- ・訪問口腔ケア
- ・嚥下機能評価
- ・ヘルパーの栄養指導
- ・配食サービス
- ・訪問栄養指導

**〔不足〕**

- ・歯科衛生士
- ・歯科医の往診

↓

ヘルパー (赤い丸)

D (赤い丸)

訪問看護 (赤い丸)

(第 5 章最後の裏)

## 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. 在宅生活者に対する栄養サポートに関する課題

---

### (1) 取組意向はあるが取組に当たっては人材不足が阻害要因に

全国の国保直診を対象とした調査においては、在宅生活者に対する栄養サポートを実施している施設（病院・診療所）は3割弱であった。ただし、現在、在宅生活者に対する栄養サポートを実施していない施設においても、その必要性については多くの施設が感じており、在宅生活者に対する栄養サポートが「必要ない」とする施設は全体の3.8%に過ぎない。また、「保健師・看護師と管理栄養士が連携するだけで十分」（1.7%）、「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」（1.4%）とする割合も低く、実施する際においても、特定の専門職のみの関わりでは不十分と感じている状況も把握することができた。

ただ、「実施に向けて前向きに検討したい」とする施設が約2割あると同時に（19.8%）、「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%）という施設もあり、人材不足が一つの要因となっていることも明らかとなった。このことは、平成18年度に国診協が行った調査結果からも推察される（国診協「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」平成19年3月）。

### (2) 連携に当たってはキーパーソンとの関係構築が重要

在宅生活者に対する栄養サポートにおいても、チームによる連携が不可欠であるが、その際、キーパーソンが国保直診ではなく、他の機関等であった場合には、密な連携関係を構築することが困難な例もみられた。

例えば障害児の場合は、キーパーソンが家族である場合が多く、「連携先の中でも一番情報として触れにくい部分となっている」「状態が安定している時には、栄養に対する関心も薄くなってしまう」という指摘もみられた。

同じく障害児の場合で、主治医が国保直診ではなく、通院先の小児専門の医療機関であるが、在宅の生活全般を国保直診が支えているようなケースにおいては、主治医とのコンタクトが取りにくくその方針が伝わりにくいため、十分な関わりができない、という指摘もみられた。

これらの例に代表されるように、キーパーソンと十分な関係を構築できないことは、対象者に対する十分な栄養サポートができないことに繋がってしまう。

図表 6-1 主治医との連携が取りにくいケースにおける課題  
 ～13歳・身体障害者・両親と祖父母と同居のケース～

<p>対象者の状況</p>	<p>低酸素脳症後遺症による脳性麻痺にて四肢麻痺・重度精神遅滞・強直発作、心室中隔欠損症術後の症例。上気道の狭窄が強く、咽頭気管分離術を行っている。現在、気管切開を行っており、SpO2 値に応じて適宜 O2 を投与。人工呼吸器を 20 時間程度/日使用している。胃ろうを造設して栄養管理中。</p>
<p>栄養サポートの状況</p>	<p><u>主治医（小児の専門医療機関）</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 定期通院時の全身状態や医療機器・物品の管理、栄養状態の管理を行っている。・ 定期受診以外にも状態異変時は随時診察し、早急な対処を行っている。</li> </ul> <p><u>国保直診（往診）</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 通院が困難であるため、往診にて状態管理（一般状態や栄養状態の療養管理）を行っている。</li> <li>・ 異変があればいつでも連絡がとれる体制にあり、在宅で可能な処置は在宅で行っている。</li> </ul> <p><u>国保直診（訪問看護ステーション）</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 一般状態や呼吸・栄養状態等の観察、清潔援助を行なっている。</li> <li>・ 呼吸器の作動状況のチェック、また、母親が行なう気管カニューレ交換の介助を行なっている。</li> <li>・ 療養上の指導・アドバイスを行なっている。</li> </ul> <p><u>国保直診（訪問歯科）</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 咽頭気管分離術を施行しているが、誤嚥性肺炎のリスクは否定できず。また、歯周炎の進行、乳歯から永久歯への交換がまだ終了していないため、定期的な管理を行なっている。</li> </ul> <p><u>国保直診（訪問リハビリ）</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 呼吸リハや関節拘縮変形の進行の予防を行なっている。訪問介護・生活援助を行なっている。</li> </ul>
<p>国保直診からみた課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 障害を持つ成長発達期にある児の栄養管理は難しく、栄養面についてはかかりつけ医の指示まかせで、訪問時に栄養状況の情報収集は行っているものの、特にこれとって介入はできていない。</li> <li>・ 主治医から定期的に在宅栄養法管理協定書を頂いているが、その書面上では必要栄養量が確保できているか等、具体的な情報は分からない。実際のところ、必要書類上の連絡のやり取りだけで、栄養面だけに関わらず、家族を介して主治医の指示等を確認することも多い。</li> <li>・ 主治医が他の医療機関であるとコンタクトが十分にとりにくい。主治医の方針・考えがこちらに伝わりにくい状況にあるため、現状を見守る程度でしか関わっていないのが現状である。</li> </ul>
<p>今後の取組の方向性</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をするには至らない。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>

## 2. 在宅生活者に対する栄養サポートシステム構築の方向性

### (1) 地域のキーパーソンによるコーディネート必要性

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、対象者の状況を常に把握し、関係機関・関係者間の調整を行うキーパーソンが不可欠である。

実際、本調査における先進地域へのヒアリングにおいては、地域のネットワークの中心となっている施設やその職員がキーパーソンとなり、栄養サポートシステムが構築され、サポートの対象者を中心として様々な地域資源との調整を行っている例がみられた。

しかし、キーパーソンを確保し、そのキーパーソンが十分に調整機能を果たすことは容易ではない。そこで、“キーパーソンをサポートする”体制の整備が必要となろう。

そこで、これまで地域で様々な地域資源とのネットワークを構築し、また地域住民との間には十分な関係を構築している専門職を有している国保直診には、地域のキーパーソンを確保し、その取組をサポートしていく役割が期待される。

具体的には、行政が実施主体となっている保健・福祉事業への連携を強めることにより、地域住民や関係機関・関係者に対する栄養への関心度を向上させたり、病院において構築されている院内 NST の活動を、院外へも広げ、地域 NST 構築の主導的な役割を担うこと等が期待される。

### (2) 関係機関・関係者間の情報共有による切れ目ないサポートの必要性

また、介護保険サービスを利用している高齢者の場合はケアマネジャーが、利用者の各種サービス利用状況等についてはおおむね把握しているが、若年障害者の場合は、関係機関・関係者が多岐にわたっているにも関わらず、全般的な健康管理等の役割を担っている機関等がないため、必要と思われる支援を行おうとしても、例えば主治医の方針が分からないために、支援に至らないケースもみられた。

このような弊害を防ぐためも、上記のキーパーソンの役割が重要ではあるが、相互に顔の見える関係が構築された後は、それぞれが把握した情報を共有していくことが必要である。そのため、本調査では、「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」「栄養ケアモニタリング表」の4つの様式を試作した。

栄養サポートには多くの関係機関・関係者が関わるので、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を基本的な考えとして作成したものである。このような統一様式を活用する等して、情報を共有し、それぞれの地域資源が、自らの役割に沿った栄養サポートを行っていくことが望まれる。



### (3) サポートシステムのさらなる発展の必要性

本年度は、アンケート調査やヒアリング調査を通して、在宅生活者への栄養サポート体制に関する実態把握を行い、それらの結果も踏まえ、栄養サポート体制構築の手引きを作成した。

その中では、これまで国診協が行ってきた既存の調査研究の結果も踏まえながら、地域類型を示したが、今後、国保直診において、今回作成した手引きに沿って栄養サポート体制の構築に取り組んでいくことが必要である。そして、各地域で取り組んでいく過程で、当初は想定しえなかった課題等も発生すると考えられることから、それらの情報を逐一集約し、対応策を検討し、栄養サポートシステムをより有効に機能させていくことが必要である。

# 資料編

---

(資料編表紙裏)



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<br>→ 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<br>→ 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<br>→ 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。(○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。(○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。(○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。(○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。(○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> |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|