

平成23年度 老人保健事業推進費等補助金  
老人保健健康増進等事業

# 在宅高齢者に対する効果的な 栄養・食事サービスの確保等に 関する調査研究事業 報告書

平成24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

<b>第1章 調査研究の概要</b> .....	1
1. 調査研究の背景と目的 .....	1
(1) 事業の問題意識 .....	1
(2) 目的 .....	1
(3) 調査の視点 .....	1
2. 調査研究の全体像と流れ .....	3
(1) 地域における栄養・食事サービスの提供実態に関するアンケート調査 .....	3
(2) 先進的な取組地域に対するヒアリング調査 .....	4
(3) モデル事業の実施 .....	5
(4) ヒアリング調査 .....	6
3. 実施体制 .....	7
<b>第2章 先進的な取組地域における栄養サポートの状況</b> .....	9
1. 広島県・公立みつぎ総合病院 .....	9
(1) 地域における栄養や食事に関する課題・問題点 .....	9
(2) 病院としての在宅高齢者に対する取組 .....	9
(3) 地域資源との連携体制の構築に当たって必要なこと .....	10
(4) 地域における連携体制の構築に向けて .....	10
2. 京都府・京丹後市立久美浜病院 .....	11
(1) 地域における栄養や食事に関する課題・問題点 .....	11
(2) 京丹後市内における栄養・食事に関する支援の取組 .....	11
(3) 栄養・食事サポートに関する特徴等（ツールなど） .....	12
(4) 地域における栄養サポート体制構築にあたって .....	12
<b>第3章 市町村における栄養サポートに関する取組状況について</b> .....	13
1. 在宅高齢者への栄養・食事サポートに関するサービスの提供状況 .....	13
(1) 提供の有無 .....	13
(2) 提供の主体 .....	14
(3) 利用者の状態の把握状況 .....	15
(4) 関与している職種 .....	16
2. 各サービスの連携状況について .....	17
3. 在宅高齢者の栄養・食事サポートに関する課題等 .....	26
<b>第4章 国保直診の栄養サポートに関する取組状況について</b> .....	31
1. 国保直診の在宅生活者への食事・栄養サポートの取組 .....	31
(1) 院内 NST の稼働状況 .....	31

(2) 低栄養の在宅の高齢者に対する継続的なサポートの有無 .....	32
(3) 低栄養の在宅高齢者に対する継続的なサポートへの取組の必要性 .....	37
<b>2. 地域における栄養・食事サポートへの取組状況 .....</b>	<b>40</b>
(1) 国保直診が関わっている事業 .....	40
(2) 栄養・食事サポートへの取組における連携状況 .....	40
<b>3. 在宅高齢者に対する食事・栄養サポートのあり方について .....</b>	<b>43</b>
<b>第5章 モデル事業の実施結果 .....</b>	<b>51</b>
<b>1. モデル事業の内容 .....</b>	<b>51</b>
(1) 事業の目的 .....	51
(2) 事業の内容 .....	51
(3) モデル事業実施施設 .....	52
<b>2. 千葉県鋸南町国保鋸南病院 .....</b>	<b>53</b>
(1) 実施体制 .....	53
(2) 取組の経緯 .....	54
(3) 参集者の意見・感想 .....	55
<b>3. 福井県おおい町国保名田庄診療所 .....</b>	<b>57</b>
(1) 実施体制 .....	57
(2) 取組の経緯 .....	58
(3) 参集者の意見・感想 .....	60
<b>4. 京都府京丹後市立久美浜病院 .....</b>	<b>61</b>
(1) 実施体制 .....	61
(2) 取組の経緯 .....	62
(3) 参集者の意見・感想 .....	63
<b>5. 広島県公立みつぎ総合病院 .....</b>	<b>64</b>
(1) 実施体制 .....	64
(2) 取組の経緯 .....	65
(3) 参集者の意見・感想 .....	67
<b>6. 香川県三豊総合病院 .....</b>	<b>68</b>
(1) 実施体制 .....	68
(2) 取組の経緯 .....	69
(3) 参集者の意見・感想 .....	70
<b>7. モデル事業のまとめ .....</b>	<b>71</b>
(1) 実施体制 .....	71
(2) 対象者の属性 .....	71
(3) アセスメントの結果 .....	73
(4) モデル事業の実施効果：対象者の満足度 .....	74

<b>第6章</b>	<b>ヒアリング調査結果</b>	<b>77</b>
1.	ヒアリングの概要	77
(1)	ヒアリングの目的	77
(2)	調査内容	77
(3)	ヒアリング対象とヒアリング日時	77
2.	千葉県鋸南町国保鋸南病院	78
(1)	地域における栄養や食事に関する課題や問題点	78
(2)	モデル事業に取り組んだ効果	78
(3)	今後の取組の方向性	79
3.	福井県おおい町国保名田庄診療所	80
(1)	地域における栄養や食事に関する課題や問題点	80
(2)	モデル事業に取り組んだ効果	80
(3)	今後の取組の方向性	81
4.	京都府京丹後市立久美浜病院	82
(1)	地域における栄養や食事に関する課題や問題点	82
(2)	モデル事業に取り組んだ効果	82
(3)	今後の取組の方向性	83
5.	広島県公立みつぎ総合病院	84
(1)	地域における栄養や食事に関する課題や問題点	84
(2)	モデル事業に取り組んだ効果	84
(3)	今後の取組の方向性	85
6.	香川県三豊総合病院	86
(1)	地域における栄養や食事に関する課題や問題点	86
(2)	モデル事業に取り組んだ効果	86
(3)	今後の取組の方向性	87
7.	今後の取組の方向性について	88
(1)	関係機関・関係職種との連携の効果	88
(2)	本人・家族に対する啓発の必要性	88
<b>第7章</b>	<b>栄養サポートシステム構築に向けた課題</b>	<b>89</b>
1.	取組意向における変化	89
2.	栄養・食事サービスの提供体制構築の方向性	90
(1)	在宅高齢者一人ひとりの状態にあった栄養・食事サービスのあり方	90
(2)	「食べる」ための能力の維持・向上に向けた取組のあり方	91
(3)	情報の伝達のあり方に着目する	92
(4)	サービス受給者の視点にたったサービス提供のあり方	93
<b>資 料 編</b>		<b>95</b>



# 事業サマリ

## 1. 背景と目的

### (1) 事業の背景

病院内の NST への取組や退院時の栄養ケアマネジメントについては、その重要性が理解され、取組が進められているが、医療機関と関わりが少ない、もしくは関わりがない高齢者や、退院してから一定期間が経過した人への栄養サポートの取組は、その重要性や必要性が認識されているものの、取組が進んでいるとは言い難い。

現在、在宅高齢者に対する食事支援としては、各自治体において、配食サービス等が提供されているが、コスト等の課題もあり、必ずしも高齢者一人ひとりの状態に適した食事が提供されているとは言い難い。

しかし、食事が不十分になると低栄養となり、要支援・要介護状態になりやすくなるばかりでなく、感染症などの病気にかかりやすくなるため、在宅高齢者に対して効果的に栄養・食事サービスを確保・提供することは非常に重要な課題となっている。

国診協が過去に行った調査研究事業では、在宅生活者を対象とした栄養・食事サポートへの取組は低調であっても、多くの関係者・関係機関がニーズは感じているため、「顔の見える連携」体制を構築することによって問題意識が共有化され、継続性のある取組に発展する可能性が高いことが示唆された。

### (2) 事業の目的

地域における、各種関係機関等の連携による在宅高齢者に対する栄養・食事サービスのあり方を検討し、そのためのサービスの確保・提供のための方策を探ることを目的とする。

### (3) 事業の視点

- 【視点1】在宅高齢者一人ひとりの状態にあった栄養・食事サービスのあり方を探る
- 【視点2】「食べる」ための能力に着目する
- 【視点3】情報の伝達のあり方に着目する
- 【視点4】サービスの受給側の視点に着目する

## 2. 事業内容

### (1) 先進的な取組地域に対するヒアリング調査

調査目的	在宅高齢者栄養・食事サービスについて先進的な取組を行っている事例についてヒアリングを行い、実施に至った背景や実施上の課題等を把握する。
調査対象	○広島県・公立みつぎ総合病院 ○京都府・京丹後市立久美浜病院
調査期間	平成 23 年 8 月・9 月
調査内容	○地域における栄養サポートへの取組の概要 <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域における栄養や食事に関する課題・問題点</li> <li>・栄養サポートに関する地域資源の連携状況</li> <li>・栄養サポートへの取組状況</li> </ul> ○地域における連携構築に当たっての方向性 <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域として目指すべき（目指したい）方向性・今後の連携の方向性</li> <li>・各機関・職種が果たすべき役割・各職種に期待される役割</li> </ul>

### (2) 地域における栄養・食事サービスの提供実態に関するアンケート調査

調査目的	各自治体において、現在どのような栄養・食事関連サービスが提供されているのかについて把握する。
調査対象	【対象 1：市区町村対象調査】 全国の市区町村 1746（平成 23 年 8 月 1 日時点）のうち、特定被災地方自治体を除く 1529 市区町村の健康づくり所管課もしくは高齢者福祉所管課等に回答を依頼。 【対象 2：国保直診対象調査】 全国の国保直診 868 施設に回答を依頼。
調査期間	平成 23 年 11 月
調査内容	【対象 1：市区町村対象調査】 ◎栄養・食事関連サービスの実施状況（実施主体）と利用（参加）要件、実施地域（全域もしくは一部地域）、利用者（参加者）の状態管理の実施の有無とその方法、各サービスの連携の有無 ◎栄養・食事関連サービスの実施に当たっての課題 等 【対象 2：国保直診対象調査】 ◎各施設における栄養・食事サポートへの取組状況 ◎各施設が所在する地域における栄養・食事サポートへの取組状況と連携状況 ◎在宅高齢者に対する栄養・食事サポート体制のあり方について
回収率	【対象 1：市区町村対象調査】回収 757 件（回収率 49.5%）。 【対象 2：国保直診対象調査】回収 276 件（回収率 31.8%）。

### (3) モデル事業の実施

Step1：地域における関係機関の連携の仕組づくり

連携のための組織の組成（既存の組織の活用も含む）

Step2：地域分析の実施とモデル事業実施に当たっての討議

地域資源の確認・対象者の抽出方法の検討

Step3：モデル事業の実施

「身体状況は自立であるが食事摂取に課題があると考えられる独居高齢者」「嚥下機能に若干の低下がみられる介護予防事業の対象となる高齢者」「退院後間もない等により栄養面でのサポートを必要としている要介護者」等について連携によるサポートを実施。

Step4：モデル事業実施の効果の把握

対象者に対する満足度調査の実施

【モデル事業実施施設】 千葉県鋸南町国保鋸南病院      福井県おおい町国保名田庄診療所  
京都府京丹後市立久美浜病院      広島県公立みつぎ総合病院  
香川県三豊総合病院

### (4) モデル事業実施地域に対するヒアリング調査

調査目的	モデル事業実施施設に対して、ネットワーク構築上の課題やその解決策を把握する。
調査対象	モデル事業実施 5 施設
調査期間	平成 24 年 2 月
調査内容	○地域における栄養・食事サポートへの取組の概要 ○地域における栄養・食事に関する問題点、課題 ○栄養・食事サポートに関する地域資源の連携状況 ○地域における連携体制構築に当たっての方向性

## 3. 結果と考察

### (1) 先進的な取組地域に対するヒアリング調査

#### 1) 公立みつぎ総合病院

地域連携の重要性を考慮し、院外の医療機関などに働きかけ平成 21 年 2 月より年 2 回、在宅 NST 勉強会を開催している（対象：介護に関わるあらゆる職種、在宅介護に関わっている家族、地域住民、医療・介護職）。

栄養・食事サポートの必要性については、「目に見える情報」と「目に見えない情報」とで判断していく必要がある。前者は「少し痩せてきた」「食が細い」といった情報で、医療機関ではなく民生委員等の地域住民の方が把握しやすい。後者は医療機関で行う医師の診察や臨床データであり、医療機関の関与が不可欠である。

在宅療養者がどのようにすれば快適に過ごすことができるか、気軽に相談できる場（地域包括支援センターと保健福祉センターなど）の役割が大きく、住民との信頼関



係が重要である。住民からの信頼関係が構築されている機関に相談が持ち込まれ、その情報が医療機関につながることにより、サポートが可能になる。

## 2) 京丹後市立久美浜病院

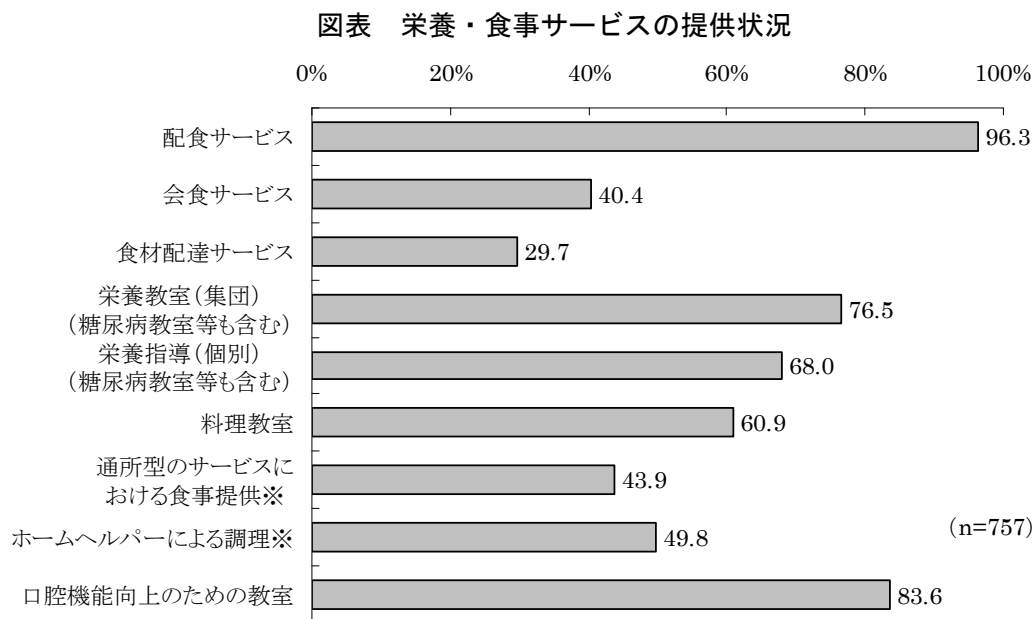
配食サービスの利用開始時にはアセスメント票を使用し、保健師による本人からの聞き取りや病院からの情報提供などをもとに評価を行っている。アセスメントの結果、接触・嚥下動作等で「問題あり」と評価された場合には、配食を行う際の食事形態やとろみの加減などに配慮し、個別にヘルパーや家族への確認を行っている。

食の確保は重要だが、配食サービスを利用することによって、それまで見守りの役割を担っていた家族や地域の人が手を引いてしまい、関係が希薄化してしまわないかという不安も感じている。

## (2) 地域における栄養・食事サービスの提供実態に関するアンケート調査

### 1) 市町村調査

食事・栄養サポートに関するサービスの提供状況をみると、「配食サービス」はほとんどの自治体で提供されている（96.3%）。その他、「口腔機能向上のための教室」が8割以上の自治体で（83.6%）、「栄養教室（集団）」が7割以上の自治体で提供されている（76.5%）。



※印は、介護保険サービス以外について

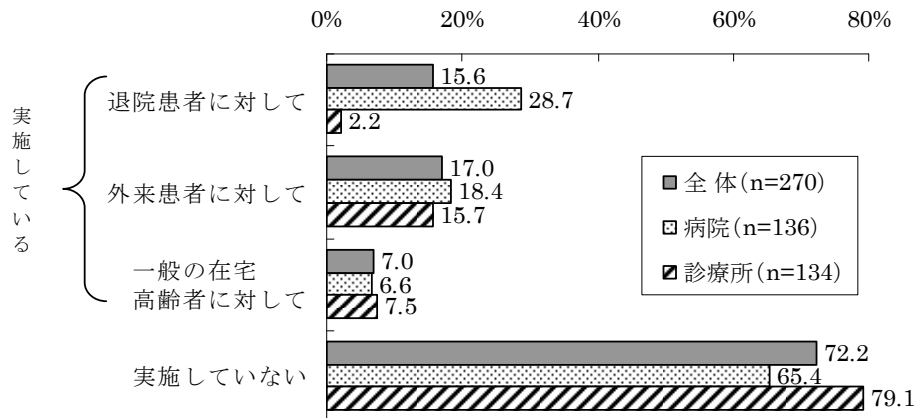
連携しているサービスならびにサービス提供時におけるキーパーソン・調整役、そして利用者に関する情報の共有方法の例は下記の通りである。地域包括支援センターや行政の専門職（保健師等）、そしてケアマネジャーが、ケアプランや口頭により情報を共有しているケースが多いようである。特に配食サービスにおいては、安否確認との連携を図っているケースがみられる。

## 2) 国保直診調査

### ① 栄養サポートの実施状況

低栄養の在宅の高齢者に対する継続的なサポートについては、「外来患者に対して」は病院では 18.4%、診療所でも 15.7%が実施している。なお、「一般の在宅高齢者」に対しても、病院では 6.6%が、診療所では 7.5%が実施しており、医療機関とのつながりがない（もしくは薄い）在宅の高齢者に対する取組も、数は少ないもののみられる。

図表 低栄養の在宅の高齢者に対する継続的なサポートの実施状況



そして何らかの形で、在宅の高齢者に対するサポートを行っている場合の体制については、病院では「チームによる支援」が 61.7%と 6 割を超えている。この割合は、平成 20 年度に実施した調査（56.3%）と比べ 5 ポイント程度増加している。

対象者の抽出については、医師の判断による場合が多いが、その他、BMI や血液検査データの結果による場合、本人・家族からの依頼による場合、地域ケア会議等からの指摘による場合等が挙げられている。

### ② 栄養サポートの実施状況

低栄養の在宅の高齢者に対する継続的なサポートを実施していない施設に対して、その必要性をきいたところ、「必要性は感じるが施設の事情により困難な状況である」が最も多く（45.1%）、次いで「現在行っていないが今後実施にむけ前向きに検討したい」であった（29.2%）。

また「必要性は感じるが施設の事情により困難な状況である」と回答した施設に対して、取組に当たっての阻害要因をきいたところ、ほとんどの回答が「人員不足」「スタッフ不足」であった。ただ、中には「他機関との連携が必要であるため」との回答もあり、地域によっては連携を取ることが困難なケースもみられるようである。

## (3) モデル事業の実施

### 1) 実施体制

本事業の実施に当たっては、まず地域における食事・栄養サポートについて検討するための組織の組成を依頼したが、本事業のために新たに組成した施設が 3 施設、既存の組織を活用した施設が 2 施設であった。ただし、既存の組織を活用した施設にお

いても、本事業の実施に当たり、活用した組織に新たに関係職種の協力を得て実施していた。

## 2) モデル事業の実施効果：対象者の満足度

モデル事業に参加した30名について、自分の食事・栄養のことを見直すきっかけになったか否かを聞いたところ、「見直すきっかけとなった」対象者が73.3%であった。そして30.0%の対象者が、配食サービスや通所サービス、ホームヘルパーによる調理、栄養指導、口腔機能向上の教室、歯科受診等のサービスを新たに利用し始めていた。

最後に満足度については、「非常に満足している」(23.3%)、と「まあまあ満足している」(60.0%)で8割を超えており、満足していない対象者はごく僅かであった。

## (4) 先進的な取組地域に対するヒアリング調査

### 1) 関係機関・関係職種との連携の効果

多くの施設においては、これまで地域内の社会資源との連携による取組を行っていたが、今回のモデル事業では、「在宅」「栄養」をキーワードとしたことにより、新たな連携先とのネットワーク作りにも取り組んでもらった。

その結果、

- ・対象者抽出に当たっての視野が広がった
- ・対象者に対するケアに関してより効果的な方法を取ることができた
- ・関係者間の情報共有によって一人ひとりの状態にあったサービス提供ができた
- ・関係者間の問題意識が共有化されていることで対象者に安心感を与えられた

等の効果がみられた。

しかし同時に、「関係機関・関係職種との温度差も感じた」という感想も聞かれ、在宅高齢者に対する食事・栄養サポートの必要性に関する啓発の必要性が伺えた。また、「マンパワー不足の中での手探りの取組は逆に不安を感じる」という意見もあり、必要性に関する啓発のみならず、マンパワー不足の場合の対応例等に関する情報発信の必要性も伺えた。

### 2) 本人・家族に対する啓発の必要性

食事・栄養サポートに関係する機関・職種においてはその必要性が十分に理解されたとしても、対象者本人やその家族においては、なかなか理解されないケースもあったようである。実際、その理解に時間が費やされ、サービスになかなか結びつかなかったケースもあった。

そのための方策としては、住民が集まる場（健康教室等）における啓発活動の必要性等が指摘されていた。また、単に必要性を説くだけでなく、血液検査のデータ等をもとに説明したほうが効果的ではないか、病院や施設での説明ではなく自宅での説明の方が緊張感なく聞いてもらえ理解されやすいのではないかと、といったアイデアも提示された。

## (5) 考察

### 1) 取組意向における変化

国保直診において、何らかの形で在宅の高齢者に対する栄養・食事に関するサポートを行っている割合は26.3%であった。平成20年度に、在宅の患者に限って実施率を調査した際は28.9%であり、実施率については同水準であった。

しかし実施している場合の体制については、「チームによる支援」が45.2%と、平成20年度に実施した調査時の38.8%

と比べ6.4ポイント増加していることから、職種関連携による取組が多少ではあるが進んでいる様子が伺える。

また、実施していない施設に対してその必要性をきいたところ、「必要性は感じるが施設の事情により困難な状況である」が最も多く(45.1%)、次いで「現在行っていないが今後実施にむけ前向きに検討したい」であった(29.2%)。

ただし、取組を困難にしている「諸般の事情」については、そのほとんどが、「人材不足(人員不足・職種不足)」に集約される。これは平成20年度の調査と同様であった。

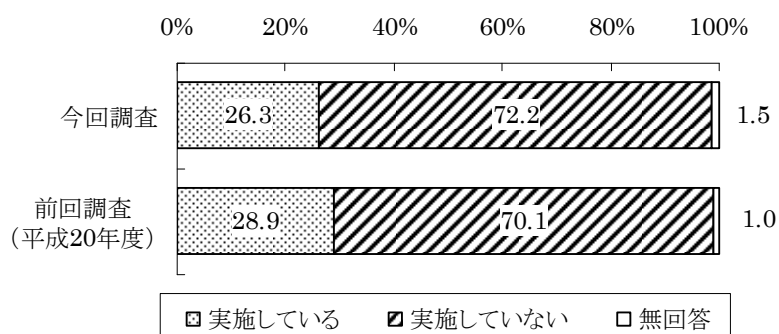
もっとも、先進的な取組を行っている施設や、今回モデル事業を実施した施設においても決して、全ての職種が豊富に存在する訳ではなく、不足する部分については、まさしく「連携」によってカバーしている例もみられることから、そのような例を参考に取組を進めていけるような情報提供等が必要であろう。

### 2) 栄養・食事サービスの提供体制構築の方向性

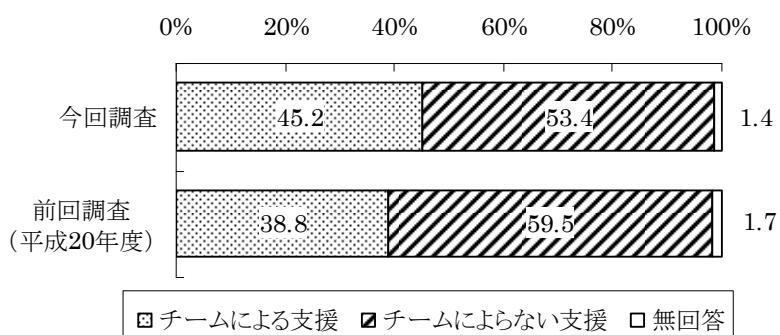
#### ①在宅高齢者一人ひとりの状態にあった栄養・食事サービスのあり方

栄養・食事サービスを提供するに当たっては、一人ひとりの栄養状態や「食べる」能力の違いによって、提供される食事内容が異なるべきである。しかし、例えば配食サービスにおいては、利用要件を満たした高齢者に対して同じ内容の食事が提供され

図表 在宅の高齢者に対する栄養・食事サポートの実施状況



図表 在宅の高齢者に対する栄養・食事サポートの実施体制



ているケースが多かったり、訪問介護員による調理についても、訪問するスタッフの栄養に関する知識等の違いによって、一人ひとりの栄養状態に応じた提供がなされていないケースもあるという。

今回のモデル事業においては、多くの施設で、管理栄養士が在宅の高齢者を訪問し、本人や家族に対して栄養に関する指導・助言を行ったり、要介護高齢者の調理を行っているホームヘルパーからの相談に乗り、助言することにより、一人ひとりの状態像に応じた栄養・食事の提供につながる取組がなされた。

また先進地域として訪問した京丹後市では、配食サービスの利用希望者の自宅を訪問してアセスメントを行い、利用の可否を判断すると同時に、どのような形態の食事の提供が望ましいかを判断していた。

このように、一人ひとりの状態像に応じた栄養・食事の提供に当たっては、管理栄養士に期待される役割が大きいですが、多くの場合は施設や医療機関に所属しており、在宅への訪問が十分に行えるわけではないのも事実である。

この点についてヒアリングにおいては、高齢者の状態像に応じて、管理栄養士が直接関わったり、在宅介護において栄養面で中心的な役割を担うサービス提供者（例えば介護ニーズが相対的に高い場合はホームヘルパー、医療ニーズが高い場合には訪問看護師）に対する指導を行うことで、それらの職種の栄養に関する理解を深め間接的に在宅高齢者への取組を進めていったり、地域における栄養に関する住民組織等への指導を行ったりと、重層的な取組を進めることで管理栄養士をより有効に活用できるのではないかと、という示唆を得ることができた。

なお、在宅高齢者一人ひとりの状態にあった栄養・食事サービスを提供するためには関係する職種が問題意識を共有して対応することが不可欠であり、今回のモデル事業においても、そのことが利用者・家族に対して安心感を与えることに繋がっていた。この点については、介護・医療の両分野において在宅重視の方向性が示されており、平成24年度の介護報酬改定においても、「基本的な考え方及び重点課題」として「医療と介護の役割分担・連携強化」が掲げられ、医療連携加算や退院・退所加算について、算定要件や評価の見直しが行われた。また要支援者や二次予防対象者については、「介護予防・日常生活支援総合事業」が創設され、自立と要支援認定を繰り返す高齢者等に対して、市町村の判断に任されているが、配食サービス等に取り組みやすい環境も整備された。このように整備が進む制度も有効に活用していく必要がある。

## ②「食べる」ための能力の維持・向上に向けた取組のあり方

加齢によって自然に、「嚙む」「飲み込む」といった食べるための能力が低下することは否めないが、そのことが結果的に低栄養をもたらすケースもある。つまり、在宅高齢者に対する栄養・食事サービスの確保・提供においては、この「食べる機能」の維持・向上に関する取組も含まれていなければならない。

そこで今回のモデル事業においては、なるべく歯科専門職やリハビリ専門職との連携について取り組んでもらった。また対象者の選定においても、嚥下機能の低下がみ

られる方に対する取組を進めてもらった。

その結果、これまで患者の紹介等では協力・連携を取ってきた開業の歯科医師が訪問診療に興味をもってくれるようになり、嚥下機能の評価にも今後取り組んでもらえるようになったケースや、言語聴覚士の関与によって嚥下機能の評価を行うことができ、栄養・食事サービスの提供方針に影響を及ぼしたケース等があった。

このようなことから、栄養・食事を摂取するための最初の行為とも言える、「食べる」ための能力の維持・向上については、言語聴覚士等のリハビリ専門職や歯科専門職が関与することが、より効果的なケアに繋がることから、栄養・食事サービスの提供においては、是非ともこれらの職種との連携が望まれる。

しかしどの地域においても、歯科医師や歯科衛生士といった歯科専門職や耳鼻科医、言語聴覚士等のリハビリ専門職が十分に確保できている訳ではない。そのためには、地域において嚥下障害に関する研修等を行うことによって多くの職種のスキルを向上させ、必要に応じて専門職につなげる仕組みが必要であろう。地域によっては専門職が定期的に巡回したり、公的な医療機関からの派遣を受けられる制度が用意されていたりするケースもあったが、広域での専門職の活用について、栄養面に限らず、他の分野も含めて検討していく必要がある。

同時に、栄養・食事サービスの対象となる高齢者本人やその家族に対する啓発も必要である。「食べられているからよい」「食べられるものだけ食べていけばよい」ではなく、「食べる」能力の重要性について、早い段階から情報提供を行い、その重要性についての認識をもってもらうことが大切である。そのためにも、介護予防や健康づくり事業における各種教室や講座等における啓発、二次予防事業における取組、さらには、平成24年度の介護報酬改定で新たに設けられた「選択的サービス複数実施加算」の活用による栄養口腔機能向上サービスと栄養改善サービスへの取組等、より一層の取組の推進が求められる。

### ③情報の伝達のあり方に着目する

多くの職種が連携して、一人の高齢者に対して効果的な栄養・食事サービスを提供するためには、関係する職種が同じ情報を持ち、同じ問題意識で取り組んでいく必要がある。そこで今回のモデル事業においては、情報伝達については共通のモニタリングシートで行われた。

食事・栄養サービスの提供は、本人の状態の変化によって提供するサービスも調整していく必要があるため、本人の状態の変化について集約して把握・共有しておく必要があるが、今回のモデル事業で用いた様式は検査データやケアの内容等の経過を追うことができるものであったため、関係者間の情報共有にも有効に機能したようである。さらに、ケアの内容に加え、介護サービスならびに医療サービスの内容等も含めることで、栄養面でのケアと関連させた状況の把握がよりしやすくなると考えられる。

その中でも、在宅でチェックできるような項目の必要性等の指摘もあり、今後各施設で活用していく中で、より使いやすいものとしていく取組も必要である。

また、退院患者への効果的なフォローをするために、病院のケースワーカーが在院時のカンファレンスに常に参加し、情報を共有している例もみられた。栄養・食事サービスを提供する対象者としては、退院患者にニーズがあるケースも多くみられると考えられるが、このような取組は、在宅に戻った際の栄養・食事サービスの提供に当たっても非常に有効に機能すると考えられる。

ただしこれらの取組は全て、「顔の見える連携」ができてこそ、有効に機能するものである。情報伝達において各種のツールが有効に機能したのも、その前提として、ケースカンファレンスや連絡会議等での情報共有がなされているからこそ、日々の経過についてはツール上での共有、必要に応じた問合せ等も可能となる。このように、取組の継続性を確保するためには、「顔の見える連携」を基盤として、その上でツールを活用した効率的な運用、といった重層的な仕組みが必要である。

#### ④サービス受給者の視点にたったサービス提供のあり方

これらの取組においては、在宅高齢者の生活を支えることを目的としているため、利用者（高齢者本人とその家族）の安心感に繋がらなくてはならない。

今回のモデル事業において対象者から聞かれた声は、訪問するスタッフの間で情報が共有化されていることからケアを受ける側として非常に安心感がある、ということであった。このことは、モデル事業参加者の満足度が高かったことの一つの要因であったと考えられる。

このようにサービスの受給者に対して安心感を与えることができたのは、連携体制の強化によって、関係機関・関係者間での対象者に関する課題認識が共有化されていたことに加え、前述の通り、対象者に関する情報が共有化されていたことの効果であろう。

ただその一方で、サービスの提供側の意図（これをすべき、これはすべきでない）が必ずしもサービスの受給側の気持ちと一致していない場合を想定した対応の必要性については、モデル事業を実施した施設の中でも共通した課題であった。

栄養・食事については、ともすると嗜好の問題とされやすいため、このような意識の乖離が生じてしまうのかもしれないが、このような乖離が生じないためにも、ヒアリングの中で指摘されたような、「ニーズを吸い上げるための取組・努力」「客観的なデータ（血液検査データ等）に基づいた説明」「専門職の訪問等、相手が緊張感なく話が聞けるための配慮」等の工夫が必要である。特にニーズの吸い上げに関しては、サービスの対象者・家族の生活目線に立つこと、さらにサービスの対象者・家族に対する客観的なデータに基づく説明に関しても、単なる説明に留まらず支援の効果・感想・希望等を汲み取るような対応が必要なことを、支援に関わる全てのメンバーで共有し、意識していく必要がある。

# 第 1 章

## 調査研究の概要

---





---

# 1. 調査研究の背景と目的

---

## (1) 事業の問題意識

病院内のNSTへの取組や退院時の栄養ケアマネジメントについては、その重要性が理解され、取組が進められているが、医療機関と関わりが少ない、もしくは関わりがない高齢者や、退院してから一定期間が経過した人への栄養サポートの取組は、その重要性や必要性が認識されているものの、取組が進んでいるとは言い難い。

現在、在宅高齢者に対する食事支援としては、各自治体において、配食サービス等が提供されているが、コスト等の課題もあり、必ずしも高齢者一人ひとりの状態に適した食事が提供されているとは言い難い。

しかし、食事が不十分になると低栄養となり、要支援・要介護状態になりやすくなるばかりでなく、感染症などの病気にかかりやすくなるため、在宅高齢者に対して効果的に栄養・食事サービスを確保・提供することは非常に重要な課題となっている。

国診協が過去に行った調査研究事業では、在宅生活者を対象とした栄養・食事サポートへの取組は低調であっても、多くの関係者・関係機関がニーズは感じているため、「顔の見える連携」体制を構築することによって問題意識が共有化され、継続性のある取組に発展する可能性が高いことが示唆された。

## (2) 目的

地域における、各種関係機関等の連携による在宅高齢者に対する栄養・食事サービスのあり方を検討し、そのためのサービスの確保・提供のための方策を探ることを目的とする。

## (3) 調査の視点

### 【視点1】在宅高齢者一人ひとりの状態にあった栄養・食事サービスのあり方を探る

現在の配食サービスは、利用要件を満たした高齢者に対して、同じ内容の食事が提供されているケースが多い。

しかし、本来であれば一人ひとりの栄養状態や「食べる」能力の違いによって、提供される食事内容が異なるべきである。

そこで本調査研究では、一人ひとりの状態像の違いによって提供する食事サービスにどのような違いを持たせることができるのか、そのために必要な手段は何か、という点を検討する。

## 【視点2】「食べる」ための能力に着目する

加齢によって自然に、「嚙む」「飲み込む」といった食べるための能力が低下することは否めないが、そのことが結果的に低栄養をもたらすケースもある。

つまり、在宅高齢者に対する栄養・食事サービスの確保・提供においては、この「食べる機能」の維持・向上も含まれていなければならないが、現在はそこまでの配慮がなされていないのが実情である。

そこで本調査研究では、栄養面からのアプローチだけでなく、「食べる機能」の維持・向上に向けた、歯科専門職やリハビリ専門職の関与も加えたサービス提供の可能性を探り、多くの職種が連携して栄養・食事サービスを確保・提供する方策を探る。

## 【視点3】情報の伝達のあり方に着目する

上記のように多くの職種が連携して、一人の高齢者に対して効果的な栄養・食事サービスを提供するためには、関係する職種が同じ情報を持ち、同じ問題意識で取り組んでいく必要がある。

具体的には、栄養士や歯科専門職からの情報を、配食サービス提供者といった「狭義の栄養・食事サービス」だけでなく、広く、ケアマネジャーや訪問介護員、訪問看護師、デイサービス職員等、在宅高齢者の栄養・食事に関わっている多くの職種にどのように伝え、逆にどのような情報のフィードバックを必要しているのか、といった点を検討する必要がある。

そこで本調査研究においては、各関係職種が得た情報を、どのように他の職種に伝えていくのか、という点について、ツールの開発も含めた検討を行う。

## 【視点4】サービスの受給側の視点に着目する

これらの取組においては、在宅高齢者の生活を支えることを目的としているため、利用者（高齢者本人とその家族）の安心感に繋がらなくてはならない。

そこで本調査研究においては、サービスの提供側のみならず、サービスの受給側の満足度や不安感等にも着目する。

---

## 2. 調査研究の全体像と流れ

---

### (1) 地域における栄養・食事サービスの提供実態に関するアンケート調査

#### ①調査の目的

各自治体において、現在、どのような栄養・食事関連サービスが提供されているのかについて把握し、在宅高齢者の環境や状態像による違い（自立高齢者、要支援・要介護状態に陥る可能性の高い高齢者、要支援・要介護高齢者）を整理する。

そして、今後、地域において栄養・食事サービスを展開していく際に考えられる地域資源の参考とする。

#### ②調査の対象

##### 【対象1：市区町村対象調査】

全国の市区町村 1746（平成 23 年 8 月 1 日時点）のうち、特定被災地方自治体を除く 1529 市区町村の健康づくり所管課もしくは高齢者福祉所管課等に回答を依頼。回収 757 件（回収率 49.5%）。

##### 【対象2：国保直診対象調査】

全国の国保直診 868 施設に回答を依頼。回収 276 件（回収率 31.8%）。

#### ③調査の内容

##### 【対象1：市区町村対象調査】

市区町村を対象とした調査の主な内容は下記の通りであった。

- ◎栄養・食事関連サービスの実施状況（実施主体）と利用（参加）要件、実施地域（全域もしくは一部地域）、利用者（参加者）の状態管理の実施の有無とその方法、各サービスの連携の有無
- ◎栄養・食事関連サービスの実施に当たっての課題 等

##### 【対象2：国保直診対象調査】

国保直診を対象とした調査の主な内容は下記の通りであった。

- ◎各施設における栄養・食事サポートへの取組状況
- ◎各施設が所在する地域における栄養・食事サポートへの取組状況と連携状況
- ◎在宅高齢者に対する栄養・食事サポート体制のあり方について

## (2) 先進的な取組地域に対するヒアリング調査

### ①調査の目的

在宅高齢者栄養・食事サービスについて先進的な取組を行っている事例について、ヒアリングを行い、実施に至った背景や実施上の課題等について把握する。

### ②調査方法

現地訪問ヒアリング調査

### ③調査期間

平成 23 年 8 月 31 日・平成 23 年 9 月 1 日

### ④調査内容

○地域における栄養サポートへの取組の概要

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

○地域における連携構築に当たっての方向性

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

### ⑤調査対象

- 広島県・公立みつぎ総合病院
- 京都府・京丹後市立久美浜病院

### (3) モデル事業の実施

#### Step1：地域における関係機関の連携の仕組づくり

各施設が所在する地域において、関係機関が連携を図るための組織を組成していただいた。

その際、既に地域内にある組織等において、本事業への取組が可能である場合には、新たに組織を組成してもらわなかったが、栄養・食事サポートという面からみて既存組織に不足している人材・機関等がある場合にはそれらの方々にも協力を依頼してもらった。

- 例) 医療関係：医師、歯科医師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、言語聴覚士、等
- 保健関係：保健師、等
- 介護関係：ケアマネジャー、ホームヘルパー、通所サービス職員、等
- 地域関係：民生委員、食生活改善推進員、等

#### Step2：地域分析の実施とモデル事業実施に当たっての討議

Step1 で組織したメンバーにより、

- 貴施設が所在する地域における地域資源の状況
- 現在の連携体制の状況と連携のために必要な条件
- 食事・栄養サポート実施上の課題
- 対象者の把握方法 等

について検討していただいた。そしてその結果を踏まえ、今後の取組方針（各地域において特に何を課題として取り組むか等）について議論していただいた。

#### Step3：モデル事業の実施

実際に対象となる在宅高齢者を把握し、栄養・食事サポートを実施していただいた。

具体的には、「身体状況は自立であるが食事摂取に課題があると考えられる独居高齢者」「嚥下機能に若干の低下がみられる介護予防事業の対象となる高齢者」「退院後間もない等により栄養面でのサポートを必要としている要介護者」といった、食事・栄養摂取が困難になり得る代表的な生活環境・身体状況の高齢者を想定して選定していただいた。

#### Step4：モデル事業実施の効果の把握

実際に関わった高齢者の満足度を把握させていただくための簡単なアンケート調査を実施した。

#### モデル事業実施施設

都道府県	施設名
千葉県	鋸南町国保鋸南病院
福井県	おおい町国保名田庄診療所
京都府	京丹後市立久美浜病院
広島県	公立みつぎ総合病院
香川県	三豊総合病院

### (4) ヒアリング調査

#### ①調査の目的

モデル事業実施施設に対して、ネットワーク構築上の課題やその解決策を把握するためのヒアリング調査を実施する。

#### ②調査方法

現地訪問ヒアリング調査

#### ③調査期間

平成 24 年 2 月

#### ④調査内容

- 地域における栄養・食事サポートへの取組の概要
- 地域における栄養・食事に関する問題点、課題
- 栄養・食事サポートに関する地域資源の連携状況
- 地域における連携体制構築に当たっての方向性

#### ⑤調査対象：モデル地域実施施設

都道府県	施設名	ヒアリング 実施日
千葉県	鋸南町国保鋸南病院	2月 2日 (木)
福井県	おおい町国保名田庄診療所	2月13日 (月)
京都府	京丹後市立久美浜病院	2月 1日 (水)
広島県	公立みつぎ総合病院	2月 3日 (金)
香川県	三豊総合病院	2月16日 (木)

### 3. 実施体制

「在宅高齢者に対する効果的な栄養・食事サービスの確保等に関する検討委員会」なら  
びに「同 作業部会」の委員構成は以下の通りであった。

#### 在宅高齢者に対する効果的な栄養・食事サービスの確保等に関する検討委員会

##### ・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

◎松浦 尊磨	甲南女子大学看護リハビリテーション学部教授
井伊 久美子	社団法人日本看護協会常任理事
*青沼 孝徳	国診協副会長／宮城県・涌谷町町民医療福祉センター長
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
荻野 晃	岐阜県・国保坂下病院薬局長
赤木 重典	京都府・京丹後市立久美浜病院長
東條 環樹	広島県・北広島町雄鹿原診療所長
倉永 史俊	広島県・公立みつぎ総合病院リハビリ部技師長
新谷 美智	高知県・いの町立国保仁淀病院栄養科管理栄養士
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

◎松浦 尊磨	甲南女子大学看護リハビリテーション学部教授
青沼 孝徳	国診協副会長／宮城県・涌谷町町民医療福祉センター長
小野江里子	宮城県・涌谷町町民医療福祉センター老人保健施設部技術主査
櫻井 好枝	千葉県・鋸南町地域包括支援センター保健師
松田 昌美	滋賀県・公立甲賀病院栄養管理室士長・管理栄養士長
高橋 徳昭	愛媛県・伊予市国保直営中山歯科診療所長
山脇みつ子	滋賀県・公立甲賀病院訪問看護ステーション所長
藤本 江見	京都府・京丹後市立久美浜病院看護師長
菅原 由至	広島県・公立みつぎ総合病院外科部長
木村 年秀	香川県・三豊総合病院歯科口腔外科医長

##### ◇事務局

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

# 先進的な取組地域における 栄養サポートの状況

---



---

## 1. 広島県・公立みつぎ総合病院

---

### (1) 地域における栄養や食事に関する課題・問題点

旧御調町の高齢化率は31.4%（平成20年4月）で、高齢者のうち一人暮らしもしくは二人暮らしの割合は13%である。

買い物については不便な環境にある人も少なくない。食材を配達してくれるサービスや配食サービスの利用も可能ではあるが、実際には利用できるのは一部地域であるため利用者は少ない。

尾道市北部エリア内で調査した介護予防基本チェックリストより BMI を集計した結果（回答数：男性1303、女性1638）、65歳以上で BMI18.5未満の人の割合は、男性に比べ女性の方が高かった（男性5.8%、女性10.0%）。これを年齢階層別にみると、65～74歳では5.6%（男性4.3%、女性6.6%）であるのに対し、75歳以上では10.9%（男性7.5%、女性13.7%）となり、85歳以上では男女とも1割を超えていた（男性11.3%、女性18.5%）。

またその割合を世帯構成（同居家族数）でみると、女性の場合は家族数と関係なく概ね10%程度であったが、男性は一人暮らしが7.5%、二人暮らしが4.7%、三人暮らしが5.8%、四人以上暮らしが4.8%と、一人暮らしにおいて高い傾向にあった。

### (2) 病院としての在宅高齢者に対する取組

#### ①退院時のマネジメントと退院後のフォロー

退院時にカンファラ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に基づき、本人同意のもと居宅療養管理指導（訪問栄養指導・薬剤師訪問指導・訪問口腔衛生指導）も行っている。また訪問看護ステーションに ST 等のリハビリスタッフを配置していることにより、退院後の療養環境への支援が可能となっている。

訪問患者の多くは介護保険サービス（デイケアなど）を利用しており、施設利用時に身体計測・嚥下評価・口腔ケアを行っている。

また、在宅 NST でのケースカンファランス、医師による訪問診療、必要に応じてスタッフ訪問など、地域包括ケアシステムを構築する中で当院を中心に機能体制が整っている。訪問には、NST 医師による訪問はもちろん、歯科医師、歯科衛生士による訪問、管理栄養士や薬剤師・ホームヘルパー・リハビリスタッフ・訪問看護師などによる訪問を行っている。

在宅への退院の事例には病院 NST から在宅チームへ情報提供を行い引き継いでいる。また、在宅から入院する場合に、訪問スタッフが関わる場合には同様の情報提供書類を活用している。

ケースカンファランスは師長が中心となり調整して開催するが、この内容を足場として低栄養予防の意識を高めれば、在宅などでの持続的な取り組みになると考えられる。

## ②在宅高齢者に対する取組

地域連携の重要性を考慮し、院外の医療機関などに働きかけ平成 21 年 2 月より年 2 回、在宅NST勉強会を開催している（対象：介護に関わるあらゆる職種、在宅介護に関わっている家族、地域住民、医療・介護職）。

第 1 回「認知症のある方に在宅で経管栄養するために」

第 2 回「嚙む・飲み込むを保ち、おいしく食べて長生きしよう」

第 3 回「在宅 NST のこと、もっと詳しく知りたい」

第 4 回「床ずれの予防と治療、寝たきりでも、床ずれができないケア」

第 5 回「やさしい介護食のはなし」

## （3）地域資源との連携体制の構築に当たって必要なこと

関係職種の意識啓発（問題意識の共有化）が不可欠である。そのためにも、「専門職と専門職以外も含めた研修会」「院内スタッフにおいて退院後の継続性に対する意識を高める」「近隣地域の関係施設・機関との連携強化」「地域における潜在的な栄養リスク事例の掘り起こしと介入（民生委員、食生活ボランティアの協力など）」「退院後も含めた誤嚥性肺炎対策の標準化」等の取組が必要である。

地域とのつながりで行う行事や健康相談の場などで出来るだけ情報の提供と啓発をしていき、その中で大切な「地域で暮らす」というさまざまな問題点について話し合い支援や解決していく場を持つことが必要である。

## （4）地域における連携体制の構築に向けて

栄養・食事サポートの必要性については、「目に見える情報」と「目に見えない情報」とで判断していく必要がある。前者は「少し痩せてきた」「食が細い」といった情報で、医療機関ではなく民生委員等の地域住民の方が把握しやすい。後者は医療機関で行う医師の診察や臨床データであり、医療機関の関与が不可欠である。

在宅療養者がどのようにすれば快適に過ごすことができるか、気軽に相談できる場（地域包括支援センターと保健福祉センターなど）の役割が大きく、住民との信頼関係が重要である。住民からの信頼関係が構築されている機関に相談が持ち込まれ、その情報が医療機関につながることにより、サポートが可能になる。

---

## 2. 京都府・京丹後市立久美浜病院

---

### (1) 地域における栄養や食事に関する課題・問題点

京丹後市内 6 町（峰山町、大宮町、網野町、丹後町、弥栄町、久美浜町）の高齢化率は 25～35%、独居世帯は町によって約 350～750 世帯と町によってばらつきがある。市内でも久美浜町、丹後町、弥栄町の一部は民間業者が少ないエリアである。

生活機能評価のほか、平成 22 年度に二次予防対象者に対して検査を行ったところ、血清アルブミン値から 65 歳以上人口の 1.3%に潜在的低栄養の可能性が見られた。

全市で 249 名の高齢者が配食サービス（食の自立支援事業）を利用している。このうち介護認定を受けている人は約半数である。また、特に特別食の場合、独居高齢者に限らず家族と同居している利用者も多い。

現在、栄養支援センターの施設運営費を含めて年間約 9,000 万円の事業費用がかかっており、また利用者が居住する地域によって配食の内容や頻度、利用料などにばらつきが生じているなどの課題がある。各町で行われてきた取組の良い部分を活かし、サービスの質を担保しながら、食の自立支援としての配食のあり方について改めて検討を行う必要がある。

### (2) 京丹後市内における栄養・食事に関する支援の取組

利用希望者からの申請を受けて地域包括支援センターの保健師が実態把握と食の自立のためのアセスメントを行い、その結果に基づいて食事形態や週間プランなどの利用調整を行う仕組みになっている。退院時の利用の場合には、食事内容について医師の指示書を受けることもある。また、指示書がない場合でも、病棟や本人・家族からの聞き取りを行っている。

配食サービスへの入り口としては、民生委員やケアマネの相談、退院時に病院から勧めを受けた家族の要望などから利用申請へとつながるケースが多い。潜在的低栄養者については、特定健診の事後指導として説明を行っている。

過去に申請が却下された例はほとんどなく、6 町時代から配食サービスを利用してきた人はそのまま継続利用している。実態的には、食の自立支援というよりも、経済的支援や家族支援になっている例もある。また、年 1 回の定期的な利用者の状態把握は行ってきたものの、アセスメント結果による必要性の見直しまでできていない。

基本的に地域ごとに異なった事業者（社協、社福、民間事業者）が配食サービスを提供しているが、病態食については一部地域において町を越えた連携も行っている。合併以前の峰山町・大宮町では民間事業者による普通食のサービスしかなかったが、合併後は網野町栄養支援センターから特別食（とろみ食など）を届けられるようになった。

### (3) 栄養・食事サポートに関する特徴等（ツールなど）

配食サービスの利用開始時にはアセスメント票を使用し、保健師による本人からの聞き取りや病院からの情報提供などをもとに評価を行っている。

アセスメントの結果、摂食・嚥下動作等で「問題あり」と評価された場合には、配食を行う際の食事形態やとろみの加減などに配慮し、個別にヘルパーや家族への確認を行っている。

### (4) 地域における栄養サポート体制構築にあたって

市内には9つ特養があり、それぞれに通所サービスなどを行っている。これらの地域資源ごとに利用者を見守り、介護予防を視野に入れたサービスとして配食を位置づけ、継続的に関わっていく形が理想ではないかと考えるが、現状では事業者によって意識のばらつきがある。

配食サービスの利用対象者はあまり異ならないが、食事提供の内容、回数、利用料などは地域の実情に応じて差が生じている。

治療食の割合が増えており、退院時カンファレンスなどの病院や専門職との連携は重要と感じている。

身体的な状況から3食の提供が必要な人、教育的意味合いで短期間の利用でも大丈夫な人など、利用者にも様々なケースがある。一律に同条件でサービスを提供することが必ずしもよいとは限らないのではないかと。

現状では配食サービスの目的や対象がきちんと整理できておらず、ケアマネやヘルパーの理解も十分でない。ケアマネの立場として、サービスの位置づけをしっかりと考える必要があるのではないかと感じる。

財政的な制限や地域事情などの課題もあるが、病態食は1日1回の食事を置き換えても意味がない。退院後の利用者もスムーズに配食を利用できるようになればと思う。

食事形態を表わす言葉が必ずしも統一的に使われていないので、意識合わせが必要と感じる。

食の確保は重要だが、配食サービスを利用することによって、それまで見守りの役割を担っていた家族や地域の人が手を引いてしまい、関係が希薄化してしまわないかという不安も感じている。

## 第3章

# 市町村における栄養サポートに関する取組状況について

---





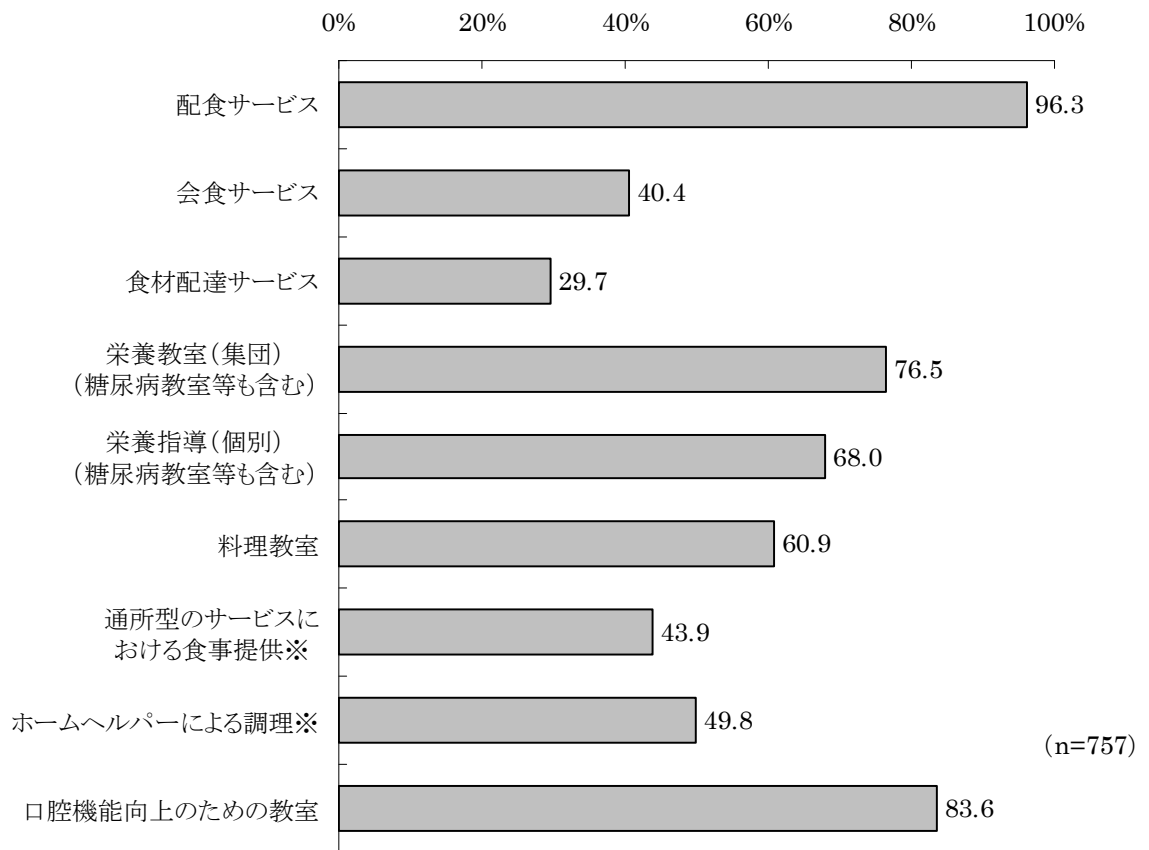
# 1. 在宅高齢者への栄養・食事サポートに関するサービスの提供状況

## (1) 提供の有無

栄養・食事サポートに関するサービスの提供状況をみると、「配食サービス」はほとんどの自治体で提供されている（96.3%）。

その他、「口腔機能向上のための教室」が8割以上の自治体で（83.6%）、「栄養教室（集団）」が7割以上の自治体で提供されている（76.5%）。

図表 3-1 栄養・食事サービスの提供状況（提供されている自治体の割合）



※印は、介護保険サービス以外について

## (2) 提供の主体

提供されているサービスについて、その提供主体をみると、行政が主体となって提供されている割合が高いのは、「栄養教室（集団）」（85.7%）、「栄養教室（個別）」（90.9%）、「料理教室」（65.5%）、「口腔機能向上のための教室」（67.5%）で、社会福祉協議会への委託の割合が高いものは「会食サービス」（57.2%）、そして民間への委託の割合が高いものは「配食サービス」（52.0%）、「通所型のサービスにおける食事提供（介護保険サービス以外）」（43.7%）となっている。なお、「食材配達サービス」については、そのほとんどが民間サービスによる提供となっている（96.4%）。

図表 3-2 栄養・食事サービスの提供主体

	調査数	行政直営	社会福祉協議会	民間への委託	民間サービス	地域住民による提供	その他
配食サービス	729	8.0%	36.2%	52.0%	15.1%	3.6%	11.5%
会食サービス	306	3.6%	57.2%	6.9%	3.3%	37.6%	7.5%
食材配達サービス	225	0.0%	2.7%	1.3%	96.4%	0.9%	2.2%
栄養教室（集団）※ 糖尿病教室等も含む	579	85.7%	4.8%	16.4%	1.0%	4.7%	5.2%
栄養指導（個別）※ 糖尿病教室等も含む	515	90.9%	1.4%	11.7%	1.4%	1.4%	2.5%
料理教室	461	65.5%	13.0%	5.6%	2.6%	19.7%	11.3%
通所型のサービスにおける食事提供※	332	12.7%	28.9%	43.7%	14.2%	3.9%	9.0%
ホームヘルパーによる調理※	377	9.8%	36.1%	38.2%	19.9%	0.5%	9.5%
口腔機能向上のための教室	633	67.5%	6.0%	31.1%	2.1%	1.3%	6.0%

※介護保険サービス以外について

### (3) 利用者の状態の把握状況

提供されているサービスについて、利用者の状態の把握状況をみると、配食サービスについては、「申込時のみ」が 43.9%で最も高いが、「定期的なモニタリング」ならびに「利用時ごと」についても 3 割程度となっている。また「栄養教室（集団）」「栄養教室（個別）」「通所型のサービスにおける食事提供」「口腔機能向上のための教室」においては、「利用時ごと」の把握の割合が高くなっている。

図表 3-3 栄養・食事サービスにおける利用者の状態の把握状況

	調査数	申込時のみ	定期的なモニタリング	利用時ごと	なし	不明
配食サービス	729	43.9%	33.6%	31.3%	3.4%	3.6%
会食サービス	306	15.7%	3.3%	38.6%	26.8%	16.7%
食材配達サービス	225	4.9%	0.9%	8.4%	24.9%	60.0%
栄養教室（集団）※ 糖尿病教室等も含む	579	29.7%	22.1%	48.2%	13.3%	2.2%
栄養指導（個別）※ 糖尿病教室等も含む	515	26.2%	28.9%	53.6%	2.7%	1.6%
料理教室	461	26.7%	3.9%	37.1%	25.6%	8.5%
通所型のサービスにおける食事提供※	332	25.0%	26.8%	43.7%	5.7%	4.5%
ホームヘルパーによる調理※	377	35.5%	30.5%	33.4%	3.7%	7.7%
口腔機能向上のための教室	633	22.4%	37.1%	45.3%	9.8%	0.6%

※介護保険サービス以外について

#### (4) 関与している職種

提供されているサービスについて、関与している職種をみると、行政直営もしくは行政からの委託で実施されている割合が高いサービスについては、「栄養士・管理栄養士」「保健師」「歯科衛生士」等の専門職が関与している割合が高い。

図表 3-4 栄養・食事サービスに関与している職種

	調査数	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
配食サービス	729	0.5%	0.1%	21.1%	7.8%	45.0%	0.0%	0.0%	0.0%
会食サービス	306	0.3%	0.3%	7.8%	2.6%	14.4%	0.0%	0.0%	0.7%
食材配達サービス	225	0.0%	0.0%	0.9%	0.4%	2.2%	0.0%	0.0%	0.0%
栄養教室（集団）※ 糖尿病教室等も含む	579	4.5%	0.7%	61.1%	18.0%	90.7%	0.7%	0.2%	6.0%
栄養指導（個別）※ 糖尿病教室等も含む	515	2.3%	0.4%	53.2%	10.9%	89.7%	0.4%	0.2%	1.4%
料理教室	461	0.7%	0.7%	29.5%	8.0%	75.1%	0.0%	0.0%	0.9%
通所型のサービスにおける食事提供※	332	0.3%	0.9%	13.9%	21.1%	35.5%	0.0%	0.0%	1.5%
ホームヘルパーによる調理※	377	0.0%	0.0%	11.1%	3.4%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%
口腔機能向上のための教室	633	0.8%	21.3%	54.0%	25.4%	15.6%	0.0%	0.6%	78.7%

	調査数	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	社会福祉士・ソーシャルワーカー	精神保健福祉士	ヘルパー	その他	不明
配食サービス	729	0.3%	0.1%	0.0%	18.9%	0.1%	7.5%	44.3%	5.5%
会食サービス	306	0.0%	0.0%	0.0%	6.2%	0.0%	2.9%	41.2%	18.0%
食材配達サービス	225	0.0%	0.0%	0.0%	1.3%	0.4%	0.9%	20.0%	51.1%
栄養教室（集団）※ 糖尿病教室等も含む	579	1.6%	0.7%	0.2%	2.8%	0.0%	0.9%	12.8%	1.0%
栄養指導（個別）※ 糖尿病教室等も含む	515	0.6%	0.2%	0.2%	1.4%	0.0%	0.4%	3.1%	0.6%
料理教室	461	0.4%	0.2%	0.0%	2.2%	0.0%	1.1%	28.2%	4.1%
通所型のサービスにおける食事提供※	332	1.5%	0.9%	0.0%	6.9%	0.3%	17.8%	33.1%	7.8%
ホームヘルパーによる調理※	377	0.0%	0.3%	0.0%	8.0%	0.5%	73.2%	14.6%	4.0%
口腔機能向上のための教室	633	2.2%	1.7%	4.9%	5.2%	0.0%	2.1%	12.8%	0.6%

※介護保険サービス以外について

## 2. 各サービスの連携状況について

連携しているサービスならびにサービス提供時ににおけるキーパーソン・調整役、そして利用者に関する情報の共有方法の例は下記の通りである。地域包括支援センターや行政の専門職（保健師等）、そしてケアマネジャーが、ケアプランや口頭により情報を共有しているケースが多いようである。

特に配食サービスにおいては、安否確認との連携を図っているケースがみられる。

連携しているサービス	キーパーソン、調整役	情報の共有方法
配食サービス 栄養指導サービス 口腔機能向上サービス ホームヘルパー派遣サービス	包括支援センター ケアマネジャー	サービス開始前における情報提供 ケアプラン、他
・栄養教室、栄養指導、口腔機能向上のための教室（二次予防事業分） ・栄養教室、栄養指導、口腔機能向上のための教室（一次予防事業分）	・行政、地域包括支援センター ・行政	・ケアプラン、モニタリング、評価会議 ・複合型の教室にしているため、共有が出来る
配食サービス	地域包括支援センターが調整している。 ※栄養の確保の他に、配達などによる見守り、声掛けなどの支援も含めてマネジメントされている。	地域包括支援センターがマネジメントする中で、必要時、民生委員や福祉協力員等の関係者へ情報共有。 方法（個々に口頭で、ケース会議の中で）

連携しているサービス	キーパーソン、調整役	情報の共有方法
<p>(1) 配食サービス</p> <p>(2) ホームヘルパーによる調理</p>	<p>(1) 地域包括支援センター</p> <p>(2) 地域包括支援センター</p>	<p>(1) 一般食と病態食を提供するため、調整役が申請受け付け、審査を行い利用の可否の決定と調整を行っている。</p> <p>(2) 調整役が審査を行い利用の可否の決定と調整を行っている。配食サービスの提供にも重ならないように注意している。</p>
<p>市が実施している配食サービス</p>	<p>市職員</p> <p>定期アセスメントは市と包括支援センター、ケアマネが実施</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護サービス提供者（ケアマネジャー、ホームヘルパー）MSW、民生委員等から対象者情報が市に。</li> <li>・アセスメント時に情報共有、又、配達をNPO法人に委託しているので情報提供、共有</li> <li>・民生委員には別に情報提供</li> </ul>
<p>(1) 配食サービスは包括支援センターの保健師、看護師からの情報又は介護保険のケアマネジャーからの情報により町社協に委託して実施している。</p> <p>(2) ヘルパーによる調理</p> <p>(3) 一般高齢者、二次予防高齢者の介護予防教室においての栄養指導、食材の活用</p> <p>(4) 栄養士による訪問指導</p>	<p>(1) 情報があると社協、ケアマネジャー、保健師、看護師を通じて情報提供される。</p> <p>(2) 町社協に委託して実施しており、導入時必ず町の看護師が確認している。</p> <p>(3) 保健師、看護師で利用者の状態から計画し、年数回実施。</p> <p>(4) 情報、相談があれば看護師、保健師を通じて調整。</p>	<p>(1) その都度関係者に連絡</p> <p>(2) 毎月社協より訪問の報告書の提出がある</p> <p>(3) その都度連絡</p> <p>(4) その都度連絡</p>

連携しているサービス	キーパーソン、調整役	情報の共有方法
<p>配食の宅配をボランティアが行っているため、その際に安否確認を行い、変化がある場合には委託先である社会福祉協議会へ連絡。また、年に数回、会食サービスとして高校生やボランティアとの交流会を開催。栄養が偏りがちな場合には、ヘルパの利用などを調整。</p> <p>(1) 栄養に関する指導は町に栄養士がいないため、国保直診の栄養士、特養の栄養士に協力を求めている。</p> <p>(2) 町の歯科保健センターの歯科衛生士の個別対応から得る情報は栄養改善や生活改善の基となり、関係者で共有することで効果が上がる。</p> <p>(3) 栄養指導・歯科指導と合わせて、健康運動指導士による運動を絡ませることで全身状態が良くなっている。</p>	<p>主に地域包括支援センターが調整役。必要な場合、家族等と連絡を図り関係課や社会福祉協議会、デイサービスやヘルパー等の職員と会議を行い、サービスの利用について判断を行う。</p> <p>(1)～(3)町保健師が調整</p>	<p>ボランティアに対しては利用者の個人情報提供していないが、地域包括支援センターと社会福祉協議会、関係課により利用者の情報、利用状況、身体状況の把握を行う。何かあればボランティアより報告があるため、その都度関係機関による連絡を図っている。</p> <p>(1)～(3)教室開始前と終了後にミーティングを実施。今後のフォロー体制等話し合う。</p>
<p>(1) 訪問栄養指導と栄養機能向上教室</p> <p>(2) 訪問口腔衛生指導と口腔機能向上のための教室</p>	<p>(1) 行政（介護福祉課） 保健師、管理栄養士</p> <p>(2) 行政（介護福祉課） 保健師、歯科衛生士</p>	<p>(1) 生活機能チェックリストを基に、保健師が管理栄養士に訪問を依頼し、情報を共有している。必要があれば、栄養機能向上教室への参加に繋げている。</p> <p>(2) 生活機能チェックリストを基に、保健師が歯科衛生士に訪問を依頼し、情報を共有。必要があれば口腔機能向上のための教室への参加に繋げている。</p>



連携しているサービス	キーパーソン、調整役	情報の共有方法
配食サービス  (1) 買物支援センター (2) 民間事業所（スーパー） (3) ホームヘルプ（シルバーパー人材センター）	ケアマネ、保健師等  (1) 支援員 (2) 宅配担当者 (3) シルバーパー人材センター	<ul style="list-style-type: none"> <li>・申込み時は保健師等が本人の状況、サービスの必要性について所定の書面にて情報提供。</li> <li>・介護サービス利用者については随時、電話や打ち合わせ等で連絡、情報の共有を図っている。</li> </ul> (1) 生活状況や困り事等の報告、相談あり（来所）。 (2) 利用者の変化や心配な点を電話で報告あり。 (3) 利用者の近況や緊急事態等の情報を電話連絡で行う。
配食サービス、ホームヘルパーによる調理	ケアマネジャー、在宅介護支援センターの職員、地域包括支援センターの職員	利用決定後、市から委託先の社会福祉協議会へ身体 の 状 況、 家 族 等 の 連 絡 先 等 の 基 本 情 報 を 提 供。
(1) 配食サービス (2) 軽度援助支援事業	高齢者相談センターの担当地区相談員が利用者の実態把握と支援計画書を作成し、包括スタッフとケア会議を行って支援しています。	(1) 委託事業所へ利用者 の 情 報 提 供 を 行 う。 (2) ブラunchの定期訪問、モニタリングで必要なサービス調整をケア会議で決定します。
配食サービス、通食型のサービスにおける食事提供、ホームヘルパー等栄養指導（集団・個別）・口腔機能向上のための教室	ケアマネジャー、地域包括支援センター職員 ・保健師（健康づくり課）・福祉課 二次予防事業担当者（事務職）	ケース会議  ・基本チェックリストを健診結果説明会（個別指導）で実施。 その結果を共有し、栄養指導、口腔機能向上教室で対象者選定、事業の運営に活用。 ・個別指導で集団指導にあたる教室や口腔機能向上教室などを紹介し、それらに繋げている。
・配食サービス ・通所型サービス（介護予防事業） ・ホームヘルパーによる調理（生活支援ホームヘルプサービス）	在宅介護支援センター相談員	高齢者福祉サービスの申請手続窓口となっていることから、高齢者の生活を総合的にアセスメントし、必要であれば各サービスに繋げている。

連携しているサービス	キーパーソン、調整役	情報の共有方法
<ul style="list-style-type: none"> <li>配食サービス 月～金曜日のうち週3回まで利用可能。夕食を提供。1食¥400。保温容器にて配達し、翌朝に器を回収している。</li> </ul>	社協、福祉活動専門員	<ul style="list-style-type: none"> <li>栄養管理 ケアマネジャーのアセスメント～疾病等のため、栄養・食事の管理が必要な利用者に対する情報を得て、栄養士とカローリヤや食事の形状、減塩など、個々に合ったものが提供出来る様、調整を図っている。</li> <li>安否確認 食事の配達時と器の回収時に利用者の安否確認を実施。変更が見られた際は担当ケアマネ、ご家族に報告を実施。</li> </ul>
配食サービス、口腔栄養教室	保健師	保健師とヘルパー、ケアマネ等がサービス調整会議等の場で、情報共有している。
配食サービス	行政の担当係(他、社会福祉協議会、ケアマネジャー、栄養士、保健師、社会福祉士)	サービス調整会議(定期)にて個別に検討会を実施。
配食サービス	地域包括支援センター担当者	利用開始時に情報を委託事業所へ提供。本人不在時に地域包括支援センターへ連絡される。
実施しているサービス全て	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健師・管理栄養士・包括支援センター・在宅の歯科衛生士</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>各事業所の事前打ち合わせ等の実施</li> <li>カンファレンス等</li> </ul>
配食サービス	行政	苦情等があれば、相方で意見を持ち寄りより良い物が提供が出来る様になっている。
配食サービス	保健福祉課担当	申込み時に調査を行い、その状況を会議にかけて、関係者間で共有する。
配食、会食、栄養指導(個別)	保健師	小さな地域のため、医師、保健師、ケアマネ、ホームヘルパー等の連携は良くなされている。
配食サービス	市役所長寿課長寿支援係	直営である地域包括支援センターとブランチとして委託している4事業所と、長寿課長寿支援係で2週間に1度情報共有を行い、申請者が配食サービス対象者となるかを協議する。

連携しているサービス	キーパーソン、調整役	情報の共有方法
(1) ふれあい給食、いきいきサロン (2) 配食サービス	(1) 社会福祉協議会 (2) ボランティア団体（あいあいグループ）	見守り活動等による訪問員同士での共有。
配食サービス	福祉事務所、地域包括支援センター、担当ケアマネジャー	地域ケア会議で利用対象者であるかどうか確認。
配食サービス 通所サービス（介護保険以外）	地域包括支援センター	月2回地域ケア会議にて配食サービス利用の適否を行政・町内介護支援事業所と協議。
配食サービス、会食サービス、食材配達のサービス	・民生委員、包括支援センター職員（直営）、事業所職員、社協職員、役場（地域福祉係）	気になる方がいたらその都度連絡が来る。
口腔機能の向上	地域包括の保健師	アセスメント票等を利用した情報共有（二次予防事業の様式）
(1) 口腔機能向上のためのサービス (2) 栄養教室・栄養指導	(1) (2) 保健師	問診票、アセスメント票、相談の記録票
通所型介護予防事業における口腔機能向上プログラム、栄養改善プログラム	地域包括支援センターの保健師	利用者基本情報及び介護予防ケアプランによる情報提供。
配食サービス（委託） ※介護保険サービスを利用している場合は必要時ケアマネジャーと連絡を取り合う。 ※各サービス間の連携は殆どない。	・申込み時、モニタリングは地域包括支援センター職員がアセスメントを行う。 ・担当のケアマネジャーがいる場合は、ケアマネジャーが調整役となる事が多い。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・配食サービス事業者と地域包括支援センターで書類や電話で情報交換している。</li> <li>・緊急時は配食サービス事業者が緊急連絡先に連絡し、必要時関係者に連絡をしている。</li> </ul>

連携しているサービス	キーパーソン、調整役	情報の共有方法
(1) 配食サービス (2) ホームヘルパーによる調理（介護保険以外）	(1) (2) 包括支援センター	(1) 毎回の配食時の様子や配食を休む時等の理由等を実績報告と併せて報告してもらう（状況報告書をデータでもらっている）。 (2) ヘルパー訪問時の状況を電話や来所で報告してもらう。
栄養指導、口腔機能向上については、介護予防として実施しているため、行政と連携あり。	保健師	<ul style="list-style-type: none"> <li>参加者募集は行政が行い、基本情報を委託先へ提供している。</li> <li>参加中の状況に変化があれば、連絡を貰い、調整。</li> <li>終了後に評価を提出してもらっている。</li> </ul>
通所型サービスにおける食事提供（介護保険サービス以外で） ホームヘルパーによる調理（介護保険サービス以外で）	町：地域包括支援センター係職員 社会福祉協議会：ヘルパー、デイサービスセンター職員	左記の両サービスとも社会福祉協議会へ業務委託しており、何か変わったこと等あった場合に情報を提供して頂いている。
配食サービス	保健師、栄養士	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者に状況の変化があれば、お互いに電話で連絡し、情報提供している。</li> <li>また支給決定時の会議に委託先の社協職員に参加してもらい利用者の情報を共有している。</li> </ul>
(1) 栄養教室 (2) 栄養指導	(1) 保健師 (2) 管理栄養士	特定保健指導対象者に直営で保健指導を実施しているため、行政として情報は有している。
(1) 配食サービス (2) 通所サービスにおける食事提供	(1) (2) 在宅介護支援センター	(1) (2) 申請及びアセスメント票にて。
配食サービス	地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、養老町健康福祉課	事前に健康福祉課が申込を受け、地域包括支援センターが実態調査、身体状況調査を行うに必要性等の報告を行う。業者との連携を行う。

連携しているサービス	キーパーソン、調整役	情報の共有方法
配食サービス	委託業者（介護老人福祉施設）	配食時に必ず本人に手渡しをして安否確認かを行う。本人不在であったり、応答がなかった場合は、市担当者へ電話連絡をもらい、早期対応につながっている。また、本人の様子が心配される場合も連絡が入り、保健師等が訪問対応する。
配食サービス、栄養教室	保健師（地域包括）、保健師、栄養士	申請用紙、食のアセスメント表を利用して共有。
配食サービス	保健師	プランを作成し、そのプランの中に配食サービス位置づけられている。
配食サービスと会食サービス	地域包括支援センター職員、社会福祉協議会ボランティアコーディネーター	配食サービス導入時、担当者会議にて利用者の情報について共有している。配食サービスの配食を地域のボランティアが行っており、社会福祉協議会のボランティアコーディネーターがその調整を行っている。会食サービスの対象は配食サービス利用者も含まれており、担当者会議で利用者の情報について共有している。
配食サービス	在宅介護支援センター、ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅介護支援センターに地域包括支援センターのボランティア業務を委託している。民生委員と会議を設けて情報交換している。</li> <li>何らかの介護認定を取得している方で、介護サービスを利用している方はケアマネジャーが定期的に訪問し、状況確認する必要に応じて連絡を取り合う事もある。</li> </ul>
配食サービス ホームヘルパーによる調理	社協 包括	申請 実績がすべて行政に提出されている
配食サービス	行政、社協、特別養護老人ホーム	<ul style="list-style-type: none"> <li>行政に上がってくる申請書により個人の状態を把握し、関係機関で情報を共有し配食に繋げている。</li> </ul>

連携しているサービス	キーパーソン、調整役	情報の共有方法
訪問新療・訪問看護の介入	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネジャー</li> <li>・介護福祉士</li> <li>・社会福祉士</li> <li>・看護師</li> <li>・医師</li> </ul>	<p>月2・3回定期的にカンファレンスを開催して情報交換を行う。</p>

### 3. 在宅高齢者の栄養・食事サポートに関する課題等

在宅高齢者に対する栄養・食事サポートについては、多くの回答が「配食サービス」についてであった。配食サービスに取り組むに当たっての地域資源（人材、業者）の不足、利用者一人ひとりに適したメニューの提供の難しさ、十分な提供回数が確保できないこと等が多く挙げられていた。また、関係機関との連携の必要性と難しさについての回答もみられた。

図表 4-11 在宅高齢者に対する栄養・食事サポートにおける課題

地域における栄養・食事に関する課題
<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症高齢者がいるため、食事作りが困難でスーパー等で惣菜を買っている人が増えている。</li> <li>・交通手段がない。ヘルパーの利用等他の人に食材を買ってきて貰うため、食材を選ぶ楽しみを得られない人が増加している。</li> </ul>
<p>日中独居などで家族の帰りも遅いなど、孤食になりがちな高齢者は、栄養状態が悪くなりがちである。民間の給食サービスはあるが、味が均一化して、飽きるとやめてしまうと言う事もある。食事は栄養のみでなく孤食を避けることが必要と思う。</p>
<p>山間地では買物ができないため、介護保険対象外の人が食材や日用品の調達に困っている。</p>
<p>チェックリストのみでは栄養プログラムの対象となる方は非常に少ないが、血液データを見るとアルブミンが低値な高齢者は結構いる。自覚症状もない間場合が多いので、低栄養の普及啓発がもっと必要ではないか（チェックリストの栄養項目を増やすなど）。</p>
<p>高齢者については、食の確保とともに、生活習慣病など、治療の意味での栄養（食事）の提供が必要な場合もあるが、個別に対応出来ていない。</p>
<p>男性の独居や男性の介護者は家事に不慣れで料理が苦手という場合があり、支援が困難な例がある。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域的に高齢者世帯で買物等の機会が難しい為、保存のきく食材の購入が多く、塩分の強い物が多い。その為、配食サービスを利用しても、味付け等の問題により断るケースもある。</li> <li>・食に対する大切さの意識が低く、なかなか行動に結び付ける事も難しい（「何でもいいで、食べりゃいい」）。</li> </ul>

<p>独居や高齢者夫婦などの世帯では買物の足や調理に困っているケースが多いが、現実に宅配弁当等を紹介すると「もったいない」「まだまだできる」などと利用に繋がらず栄養不良に陥っているケースも多く見られる。</p>
<p><b>配食サービスのあり方について</b></p>
<p>食の支援については、単身や虚弱な方のみならず、介護状態にある方を含めた広い範囲の高齢者に対して必要なサービスであることの認識をしている。市内には食事（弁当）の宅配業者も徐々に増えており、配達や数の確保、制限食等について提供出来る環境も広がって来ている。行政としては公平、公正かつ、高齢者の自立を促す方向での支援となる様考えている。</p>
<p>配食サービスに依存する傾向の強い利用者に対して自立心の向上、健康意識を高めるため、介護予防教室の参加促進や、軽度生活援助事業等を活用したり、食事作りの取り組みを進めていく必要がある。</p>
<p>複数の民間給食サービス事業者も事業を展開しており、また大手コンビニ等の事業参入もあっていることから、一自治体が主体となってサービスを提供するのではなく、このような事業者を社会資源として利用することで対象者のニーズに対応出来るのではないかと考えます。</p>
<p>栄養改善、低栄養のための指導と配食サービスの違いを理解されず、高齢者は食の確保として利用している実態である。関係者全てが目的を十分に理解することが優先であると思われる。</p>
<p>配食サービスは地域包括支援センターで訪問してモニタリングするようにしている。高齢者は過剰なサービスを要求しがちであるが、サービス導入が自立を損なうこともあるので、兼ね合いが難しい。</p>
<p>配食サービスなどでは、1回分の食事として提供していても何回かに分けて食べる事もあり、栄養の維持には不十分な事が多い為、提供する事のみではきちんと摂食に繋がったかまで把握出来ていないと思われる。</p>
<p>配食サービスについて「満65歳以上で構成されている世帯（ひとり暮らし、高齢者夫婦）」に対し、安否確認と食生活の確保を目的として実施しているが、他にも見守りを目的として行っている業者があることから、調整を図る必要性や、またこの配食サービスは民間でも多く行われていることから、行政として実施するあり方について等が課題となっている。</p>
<p>配食サービスは、食の自立支援事業であるため、目的が達成された時（配食サービスをもとに利用者が自分で食事を作れるようになった時）は、利用の中止となるものである。しかし、実際には、一度利用を許可してしまうと、本人が死亡・施設入所等で中止届が提出されるまで永続的に利用されている、というのが実状であり、事業の趣旨に即して利用して頂く、というのが課題である。</p>



<p>配食サービスは、安易にサービスを利用することで、利用者の自立の妨げになっているのではないかと。また、行政が提供することで、地域の助け合いを阻害しているのではないかと。</p>
<p><b>配食サービスに取り組むに当たっての阻害要因</b></p>
<p>配食サービスの配達スタッフが不足している。また希望の回数を行うことや、高齢者向けの弁当を依頼できる業者の確保が難しい。</p>
<p>配食サービスについては、病態食について配達方法が確保出来ず、一部地域のみでの提供となっている。また一般食、病態食共に通所介護施設の調理員が製造しており、提供数に限りがある。</p>
<p>一人ひとりの状態に適した食事提供のためのメニューの多様化が課題です。</p>
<p>配食サービスについては、現在2社のみで対応しているが、より利用者のニーズに対応するためにも承認基準や多くの業社の参入などを検討する必要がある。</p>
<p>配食サービスについては、配達方法（人材）の確保や実施回数の確保、そして一人ひとりの状態に適した食事提供のためのメニューの多様化が課題となっている。</p>
<p>現在、週1回の配食サービスとして実施しているが、個々のニーズに対応出来ないのが現状である。実施回数の確保や提供先の業社が毎日提供出来ないため、業社の確保も困難である。又、栄養や食事に関する事業展開も視野に入れ検討しているが、在宅栄養士や管理栄養士などの確保も難しく、一般高齢者や二次予防高齢者への訪問事業の展開が出来ないのが課題。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・配食サービスについては、利用者の選定条件等を細かく設定する事が必要だと感じる。</li> <li>・低料金で利用出来配食サービスが必要と考えられるが、全体的な対応を考えた場合（配達等の人材コスト等）受託する業者、施設がないと思われる。</li> </ul>
<p>市の配食サービスについては、年々利用者が増加しており、配達人員の不足や財政上の問題が発生して来る事が予想されるため、今後利用回数の制限をすることや、所得要件を設ける等、制度改正の必要が出て来ている。又、民間の配食サービスも充実してきていることから、配食サービス自体の拡大に関しては検討して行く必要がある。</p>
<p>配食サービスは高齢者（独居等）の見守りを兼ねているので、利用者が増えてきたが委託先の配達する人材の確保が課題である。食事形態は一人一人のニーズに適したものを提供しているが、利用者が増え要介護状態が高い人等に対して、食事形態を合わせた配食となるとやはり人材や他にも事業所が必要ではないかと思われる。</p>
<p>栄養、食事に関するサービスは在宅生活高齢者の増加により、今後更に必要となると思われるが、末期癌や、放置して悪化した糖尿病や腎臓病などの特別なケース、家庭環境が複雑で関わりが食生活のみにならないケースなど、対応が難しいケースが増えている。</p>

<p>配食サービスにおいて、対象者が高齢者である事から、認知機能の低下等により、受け渡しが上手く出来ないという課題がある。また、体調にあわせて配食して欲しいという希望に対し、コスト面や配食業者の手間の面で課題がある。</p>
<p><b>栄養関連事業への参加者の少なさ</b></p>
<p>栄養教室への男性の希望が少ないこと。</p>
<p>料理教室はある程度の人数が必要なため、老人会やサロンの方に声を掛けている場合も多く、地区によっては教室に参加したことのない方もあると思われる。</p>
<p>地域の特徴として、山間地域があり、公共交通手段も限られているため、教室に参加したいニーズはあっても、移動手段のない人もいる。</p>
<p>二次予防として低栄養については対象者が少なく、集団でのアプローチの難しさがある。</p>
<p>健康教室や栄養相談に出向くことが出来ない高齢者に対して、食の理解を促す方法について検討が必要と思われる。</p>
<p>二次予防事業の栄養改善プログラム及び口腔機能向上プログラムとして、各々教室を実施しているが、参加率が上がらず、今後プログラム複合型の教室開催等を含め教室のあり方を検討していきたい。</p>
<p>独居の方に如何にして教室に参加して頂くか（特に独居男性の男性料理教室への参加など）が課題。</p>
<p>栄養・口腔などの教室を開催しても高齢のため、交通や身体の都合で参加が難しい。送迎の問題が大きい。</p>
<p><b>地域における連携体制構築の必要性</b></p>
<p>在宅高齢者へのサービスに関して社会福祉係と地域包括支援センターの職員と保健師と栄養士とが同じ事務所のため、連携や情報の共有がしやすい環境にあり、恵まれていると思う。しかし、栄養士が1人のため、充分ではないと思う。配食サービスの献立・調理には全く関わっていない。</p>
<p>口腔機能向上のために教室とあわせて栄養改善の指導も実施しているが、実施回数が限られている。そのため、教室終了後のフォローが課題となっている。予防は継続が大切であるが、継続していくためのモチベーションをあげる技術（工夫）が専門職に問われる。一方、地域の集まりを利用したりなど地域力を活用する方向も考えている最中である。</p>
<p>個別サービスを充実していくためには、情報交換が密に出来る様な連携、体制を構築していくことが今後必要だと思います。</p>
<p>高齢化率が高く、過疎地で近隣に店がないなど、食材確保が困難な高齢者が多く、栄養の偏り、低栄養などの課題がある。商工会や食生活改善推進員との連携の必要性を感じているが、思う様に連携が取れない。</p>

<p>ホームヘルパーの料理の技術も個人差があり、対応出来無い部分もある。ヘルパーとしての基本的知識（技術）が学べる料理教室（講習会）があると良いと思います。</p>
<p>“在宅で生活する高齢者に対する栄養、食事に関わるサービス”として、庁内横断的にマネジメントしておらず、在宅で生活する高齢者の健康状態、自立度、生活支援のニーズ等をアセスメントして、包括的なケアが行われていない。福祉事業、保健事業の一つのメニューとして、単独に実施されており、トータルで仕組みを運営する体制・職員が存在していないのが実状。</p>
<p>配食サービスは、他サービス（デイサービスやホームヘルパー等）の利用状況把握が困難である為、利用回数の決定が難しい。調理が困難な人への食事提供のみで、栄養指導が必要な利用者への指導が出来ていない。また、適正な栄養指導が出来る機関がない。</p>
<p>在宅高齢者の栄養・食事サービスを誰が担うかが課題である。また、サービス提供時の栄養士や歯科衛生士の連携を強化することが必要である。</p>
<p>サービス間で利用者情報の共有が出来ない。介護保険外のサービスと介護保険によるサービスに分かれているものが多い為、介護申請された時（介護度の付いた時）のサービスの移行が利用者にとって負担となる事がある。</p>
<p><b>住民に対する意識啓発の必要性</b></p>
<p>在宅で生活されている高齢者が自分自身の生活をもう少しきちんと考える必要がある。町としては様々なサービスがあるし、民間でも様々なサービスがある。それを上手にマッチングさせるのは専門職の仕事であるが、今の状況を上手に伝えなければ専門職は動けない。今後は、行政、民間のサービスの質の向上と共に高齢者自身が助けられ上手になるよう、何をどの様に誰に伝えればよいのかという事を広報していかなければいけない。</p>
<p>様々なサービスの活用により、支援体制の充実や、物質的に改善されるが、各個人の認識や意識改革まで行えていないため、利用者の行動変容まではつながらない。</p>
<p>公会堂などで地域の方による食事づくりと会食というような、支え合いや閉じこもり予防に繋がる活動（サロンのなもの）が有効だと感じている。</p>
<p>口腔機能や栄養状態に関しては、運動器機能や一般に知られている内科的な病気に比べて住民の方々の関心が低い。</p>
<p>状態に適した食事提供と本人の嗜好や習慣との調整が難しい。</p>

## 第4章

# 国保直診の栄養サポートに 関する取組状況について

---

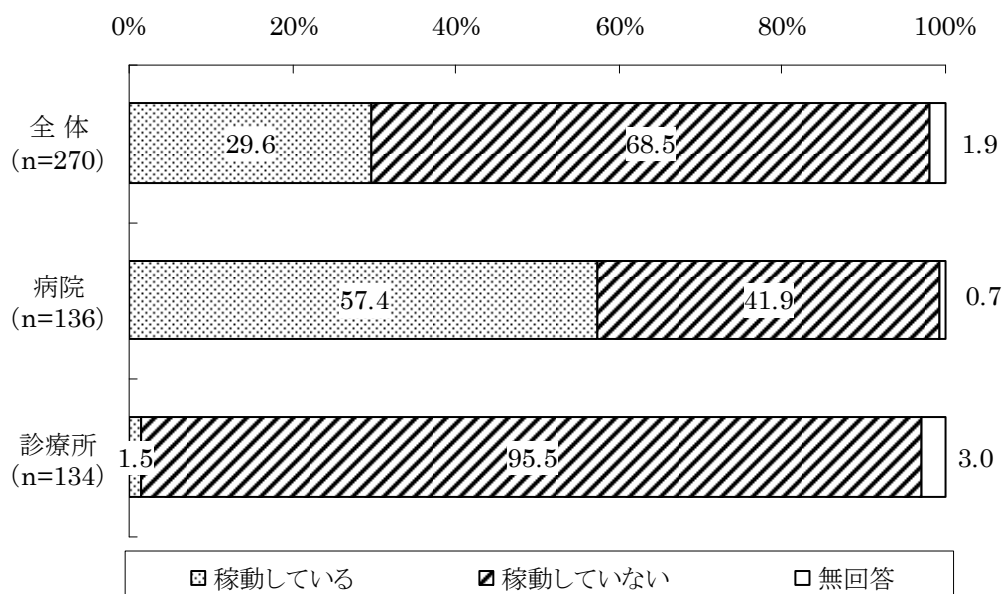


# 1. 国保直診の在宅生活者への食事・栄養サポートの取組

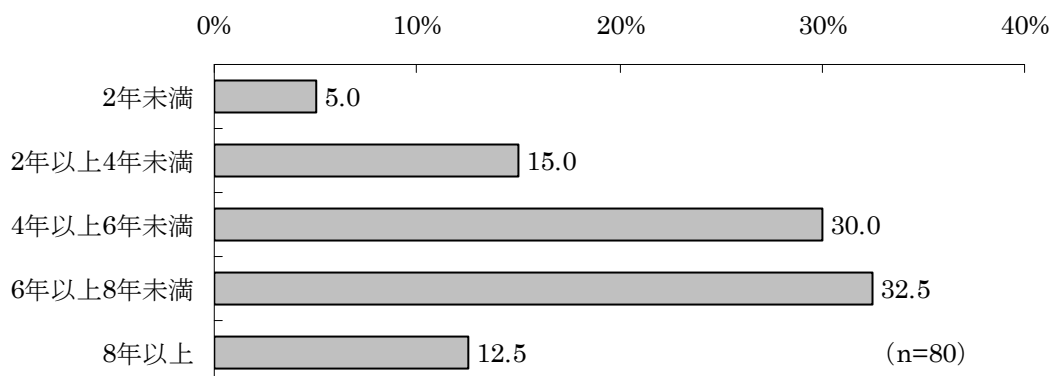
## (1) 院内 NST の稼働状況

院内 NST の稼働状況をみると、全体では「稼働している」が 29.6%となっている。これを施設種類別にみると、病院では「稼働している」が 57.4%と半数を超えている。なお、稼働している施設における稼働年数は、「4年以上」の施設で 75.0%を占め、平均年数は、病院が 5.4 年、診療所が 1.5 年であった。

図表 4-1 院内 NST の稼働状況



図表 4-2 院内 NST の稼働年数



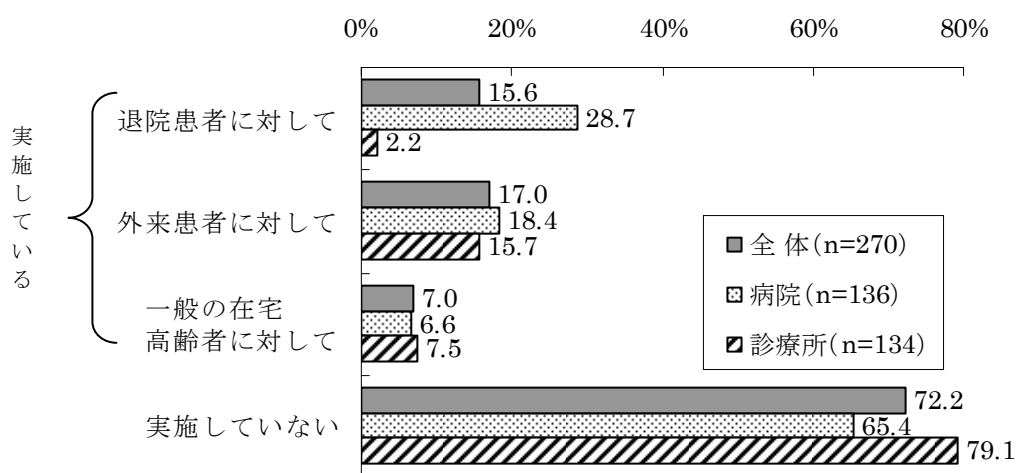
## (2) 低栄養の在宅の高齢者に対する継続的なサポートの有無

### 【取組状況】

低栄養の在宅の高齢者に対する継続的なサポートについては、「外来患者に対して」は病院では18.4%、診療所でも15.7%が実施している。

なお、「一般の在宅高齢者」に対しても、病院では6.6%が、診療所では7.5%が実施しており、医療機関とのつながりがない（もしくは薄い）在宅の高齢者に対する取組も、数は少ないもののみられる。

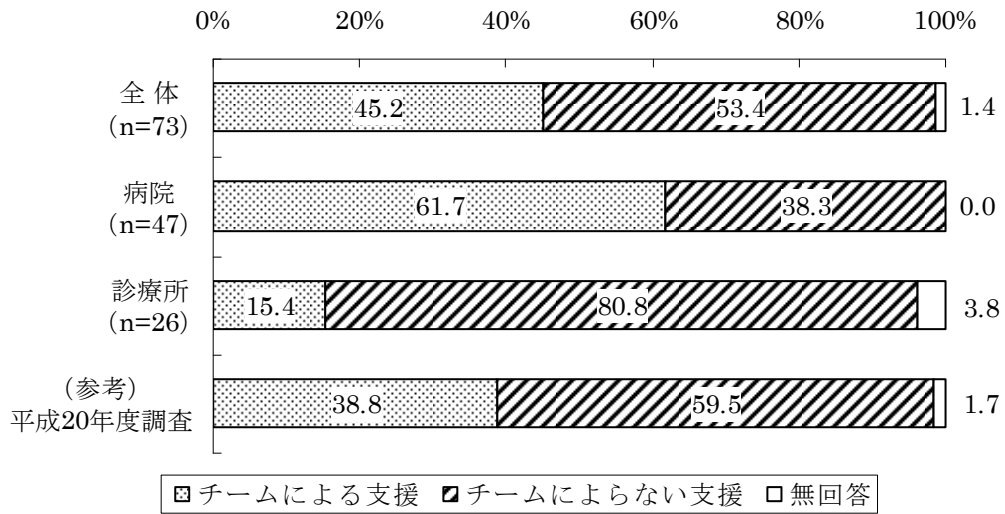
図表 4-3 低栄養の在宅の高齢者に対する継続的なサポートの有無



### 【サポート体制】

何らかの形で、在宅の高齢者に対するサポートを行っている場合の体制については、病院では「チームによる支援」が61.7%と6割を超えている。この割合は、平成20年度の実施した調査時の56.3%と比べ5ポイント程度増加している。

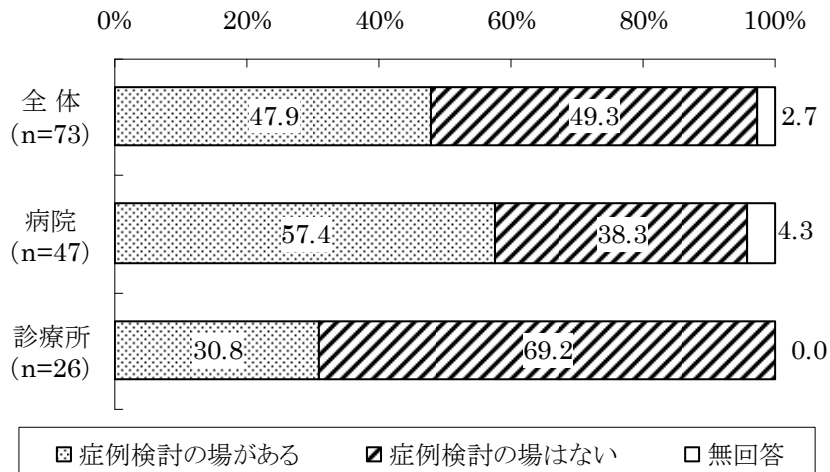
図表 4-4 低栄養の在宅の高齢者に対するサポート



【症例検討の場の有無】

症例検討の場の有無については、全体では「ある」と「ない」がほぼ同程度の割合となっているが、施設種類別にみると、病院では 57.4%が「症例検討の場がある」としている一方、診療所においてはその割合は 30.8%にとどまっている。

図表 4-5 症例検討の場の有無





【関与している職種】

関与しているする職種をみると、多くの職種が関わっていることが分かるが、特に診療所においては、当該施設にはいない可能性の高い職種（栄養士・管理栄養士、理学療法士等）も関与しており、のちに述べる他機関との連携が進んでいる様子が伺える。

図表 4-6 栄養・食事サポート事業に関する職種

		合計	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
全体		73 100.0	68 93.2	11 15.1	15 20.5	64 87.7	54 74.0	27 37.0	19 26.0	13 17.8	20 27.4
施設 種類	病院	47 100.0	43 91.5	9 19.1	6 12.8	43 91.5	43 91.5	25 53.2	19 40.4	11 23.4	17 36.2
	診療所	26 100.0	25 96.2	2 7.7	9 34.6	21 80.8	11 42.3	2 7.7	0 0.0	2 7.7	3 11.5

作業 療法 士	言 語 聴 覚 士	社 会 福 祉 士 ・ カ ー ソ ー	精 神 保 健 福 祉 士	ホ ー ム ヘ ル パ ー	そ の 他	無 回 答	非 該 当
9 12.3	14 19.2	18 24.7	0 0.0	12 16.4	6 8.2	0 0.0	197
9 19.1	14 29.8	15 31.9	0 0.0	5 10.6	3 6.4	0 0.0	89
0 0.0	0 0.0	3 11.5	0 0.0	7 26.9	3 11.5	0 0.0	108

## 【対象者の抽出】

対象者の抽出については、医師の判断による場合や、BMI や血液検査データの結果による場合、本人・家族からの依頼による場合、地域ケア会議等からの指摘による場合等が挙げられている。

図表 4-7 対象者の抽出方法

医師等の判断による場合
医師の診断による。
外来診療時に医師が栄養指導が必要と判断し、栄養科に依頼がある。
看護師が病棟・外来・訪問看護のそれぞれの部門に配置されていて、それぞれにNSTメンバーがいて、報告あり。
訪問診療（医師、保健師、看護師）時、低栄養、食事摂取状態を観察する。
外来受診者の血液検査又は健診での血液検査を参考に。
栄養状態のスクリーニングを実施し、身体状況、摂取状況、栄養状態により抽出。
病院内NST対象者で継続的フォローが必要と思われる方。
<ul style="list-style-type: none"><li>・退院後の追跡により必要に応じて抽出</li><li>・訪問看護師からの依頼・相談</li></ul>
病棟看護師が在宅看護で必要とされるメンバー、家族等集めケア会議を持つ。
在宅へ退院する高齢者、多職種カンファレンスを取りまとめる地域連携室からの依頼。
退院患者に対し、在宅往診時診察し、状態に応じ医師より家族に説明。濃厚流動食、栄養補助食品等の指示があります。
ケア会議等の結果や他機関からの連絡による場合
地区住民健診、ケアカンファレンス、サービス担当者会議など。
地域ケア会議等で検討事項としてあげられる。
在宅、外来での情報収集をし、指導する必要がある時は関係者を集め担当者会議を開催する。
院内NSTで継続かつ必要な方について、ケアマネや訪問看護師に情報提供し、フォローをしてもらう。
保健師、訪問看護師からの依頼。
在宅において、食欲低下、嚥下困難などによる体重減少や低栄養のおそれのある人をケアマネジャーが在宅NST会議にかけ、検討する。

<p>行政が実施する高齢者健康診査で血清アルブミン3.8以下。BMI 18.5以下の者、高齢者世帯、独居老人等で食生活が不規則と思われる者。保健福祉部、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等からの情報提供や依頼。</p>
<p>ヘルパー、訪問看護師よりの連絡</p>
<p>訪問看護から依頼。体重減少、血液データなどから判断する。特に決まった基準はなし。</p>
<p>訪問診療や訪問看護の際に栄養状態が悪いと思われた場合、栄養士に直接相談・依頼している。現在、報酬は頂いていない。毎月1回のケアカンファレンスで栄養に問題ある者を抽出している。入院して在宅になる場合には退院時カンファレンスに病院栄養士が参加。訪問栄養士と連携するようにしている。</p>
<p>基準はありません。依頼のルートは各職種で必要と感じた場合、関係職種に連絡をとりサポートしています。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・褥瘡がある患者中心</li> <li>・在宅看護スタッフからの情報を基に行う</li> </ul>
<p>在宅患者や家族の方からの相談や、ケアマネからの依頼。基準や依頼ルートはなし。</p>
<p><b>本人・家族からの依頼による場合</b></p>
<p>通院が困難な高齢者で、本人・家族の依頼による。</p>
<p>家族からの依頼（直接・電話）</p>
<p><b>その他</b></p>
<p>全在宅患者</p>
<p>退院全員患者に対して</p>

### (3) 低栄養の在宅高齢者に対する継続的なサポートへの取組の必要性

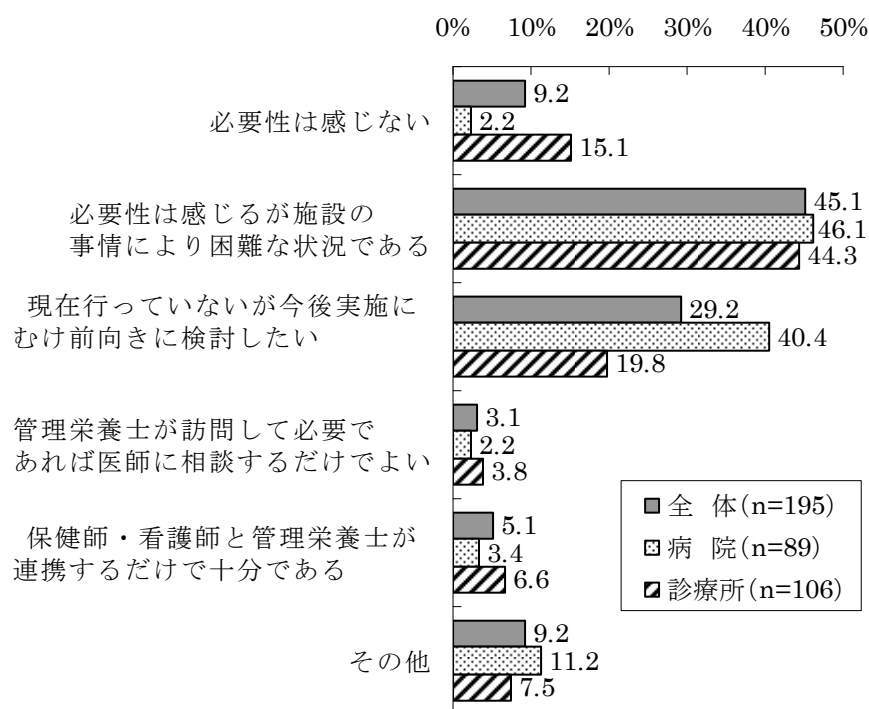
#### 【必要性の有無】

低栄養の在宅の高齢者に対する継続的なサポートを実施していない施設に対して、その必要性をきいたところ、「必要性を感じるが施設の事情により困難な状況である」が最も多く（45.1%）、次いで「現在行っていないが今後実施にむけ前向きに検討したい」であった（29.2%）。

これを施設種類別にみると、「必要性を感じるが施設の事情により困難な状況である」は病院と診療所とで大きな差はみられないが、「現在行っていないが今後実施にむけ前向きに検討したい」については、病院では40.4%であった。

なお、平成20年度の調査においては、「必要性を感じるが施設の事情により困難な状況である」とした割合が64.8%であり、また「現在行っていないが今後実施にむけ前向きに検討したい」は19.8%であったことから、何らかの形で取組が進んでいる様子も伺える。

図表 4-7 低栄養の在宅高齢者に対する継続的なサポートへの取組の必要性



**【取組に当たっての阻害要因】**

必要性について、「必要性は感じるが施設の事情により困難な状況である」と回答した施設に対して、取組に当たっての阻害要因をきいたところ、ほとんどの回答が「人員不足」「スタッフ不足」であった。ただ、中には「他機関との連携が必要であるため」との回答もあり、地域によっては連携を取ることが困難なケースもみられるようである。

**図表 4-7 低栄養の在宅高齢者に対する継続的なサポートへの  
取組に当たっての阻害要因**

人的資源の不足
常勤管理栄養士2名では院内の仕事だけで手一杯。
サポートを行う人員の余裕がない。
管理栄養士が1名のみしかおらず余裕がない。NSTが稼働していない為、チームとして動きにくい。
ケアマネジャーを通し、在宅訪問栄養指導を依頼されるが、管理栄養士常勤1名の為、マンパワー不足なので手が廻らない状況。
栄養士などの他の専門職種と一緒にサポートするのが困難（離島などの条件により）。
少人数スタッフ（医師1、看護師2）のうえ、外来診療との兼ね合いから訪問頻度も限界があること。他、PTやSTなどのリハビリテーションスタッフなど、他職種のアドバイスも必要と思われる為、“チーム体制”が人員的理由により困難な状況であること。
医師不足により、連携が図れず、在宅栄養指導に介入しようとしたが断られた。
市町村直営の診療所という性質上、栄養サポートチームで必要とされる職種（薬剤師、臨床検査技師、言語療法士等）の採用がない為、施設内で組織化は困難である。
診療にあたって必要最小限の職員数しか配置されない為、実施しようとするに栄養士等、新たに任用が必要になる。市の財政状況により、職員削減を余儀なくされている中で、職員増は見込めない為。
人員と時間の確保が難しい。
支援体制が未整備
退院後の対象者の継続的な支援の体制がない為。
システムが構築されていない。
マンパワーの不足とコストの算出が困難である為。ただし、必要な場合には退院時に栄養相談等を行っている。現状では依頼ルートが定まっておらず、サポート体制が整っていない。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人的資源不足。管理栄養士が院内に1名、しかもNSTに全く関心を示さない。</li> <li>・ 組織として明確な方針がない。</li> </ul>

<b>他の地域資源との連携が不十分</b>
在宅高齢者の情報は来ない。
行政との連携不足
現時点で在宅高齢者に対し、来院時の相談やサポートは行えるが、訪問は院内外の多職種との連携が必須なので、困難と思われる。
相談出来る栄養士との連携が出来ていない。
<b>その他</b>
患者家族、本人の理解力不足。一人暮らし高齢者が多い。
低栄養状態の外来、また退院患者へ積極的なアプローチは収益とは結び付かず、入院時のみのサポートを行っている。入院時に低栄養の高齢者が多く改善が難しい為、必要性は多分に感じている。
当院は急性期病院であり、入院患者の栄養管理の重要度が増している。在宅サポートを行うにあたっては、療養環境に応じて調整が必要であり、人員面、コスト面などからも難しい。
地域内、独居老人が多く、又は高齢夫婦という状況の中で、指導をしても実践が不可能です。配食サービスも、地域内で希望者が少ない。遠すぎるとの事で、受けてもらえる業者がないようです。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設としては栄養補助食品の紹介しか出来ない。</li> <li>・施設としてどこまで関与したら良いのかが分からない。</li> </ul>
訪問看護は行っているが、対象者が胃ろう造設後等で、栄養剤注入（強制栄養）患者ばかりで、栄養指導や調理実習などの必要性がないので、要請すらない状況です。
退院時に食事形態や栄養補助食品の利用等について指導を実施すると共に、トロミ剤や補助食品の継続的な購入に対する協力や検討を行うことはある。

## 2. 地域における栄養・食事サポートへの取組状況

### (1) 国保直診が関わっている事業

地域において、国保直診が関わって実施している、栄養・食事サポート関連事業としては、「栄養指導」「食事や栄養に関する講座・教室」「退院時の栄養サポート」が多く挙げられている。その一方で、「何も実施していない」という回答も、病院で 24.3%、診療所で 60.4%となっている。

図表 4-8 国保直診の地域における栄養・食事サポートへの関与状況

	合計	配食サービス	会食サービス	栄養指導 (直診で実施)	訪問栄養指導	訪問歯科指導	食事や栄養に関する講座・教室	口腔機能の維持・向上に関する講座・教室	退院時の栄養サポート	その他	何も実施していない	無回答	
全体	270 100.0	33 12.2	7 2.6	72 26.7	16 5.9	19 7.0	55 20.4	20 7.4	70 25.9	6 2.2	114 42.2	19 7.0	
施設種類	病院	136 100.0	15 11.0	6 4.4	54 39.7	12 8.8	15 11.0	37 27.2	12 8.8	64 47.1	3 2.2	33 24.3	6 4.4
	診療所	134 100.0	18 13.4	1 0.7	18 13.4	4 3.0	4 3.0	18 13.4	8 6.0	6 4.5	3 2.2	81 60.4	13 9.7

### (2) 栄養・食事サポートへの取組における連携状況

#### 【連携先】

栄養・食事サポートへの取組における連携先としては、「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」「地域包括支援センターや在宅介護支援センター」「居宅介護支援事業所」「介護保険サービス事業所」等が挙げられているが、その一方で「民生委員」や「食生活改善推進員」といった特定の機関以外との連携は図られていない。

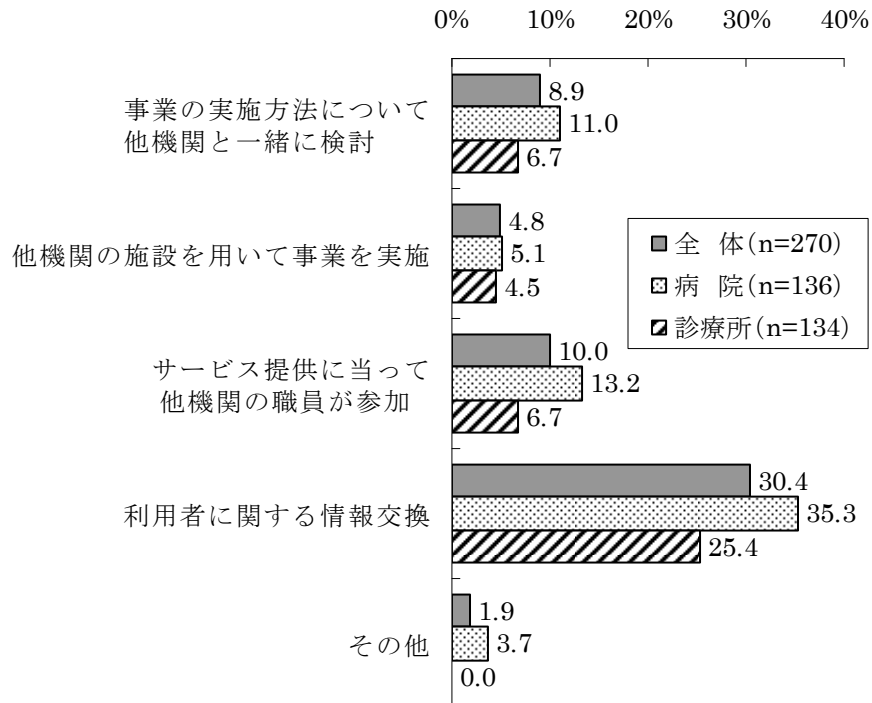
図表 4-9 栄養・食事サポートにおける連携先

		合計	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	地域包括支援センターや在宅介護支援センター	居宅介護支援事業所	介護保険サービス事業所	民生委員	食生活改善推進員	住民ボランティア	その他	無回答
全体		270 100.0	47 17.4	27 10.0	32 11.9	39 14.4	47 17.4	36 13.3	50 18.5	7 2.6	7 2.6	3 1.1	5 1.9	158 58.5
施設種類	病院	136 100.0	17 12.5	13 9.6	21 15.4	28 20.6	27 19.9	23 16.9	36 26.5	2 1.5	4 2.9	1 0.7	3 2.2	70 51.5
	診療所	134 100.0	30 22.4	14 10.4	11 8.2	11 8.2	20 14.9	13 9.7	14 10.4	5 3.7	3 2.2	2 1.5	2 1.5	88 65.7

【連携内容】

連携内容としては「利用者に関する情報交換」が最も多くなっている（30.4%）。

図表 4-10 栄養・食事サポートにおける連携内容





### 【関与している職種】

関わっている職種としては、国保直診においては「医師」「看護師・准看護師」「栄養士・管理栄養士」の割合が高く、連携先においては「保健師」「看護師・准看護師」「栄養士・管理栄養士」そして「ホームヘルパー」の割合が高くなっている。

図表 4-11 栄養・食事サポートにおいて関わっている職種

#### 国保直診において

		合計	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	社会福祉士・ソーシャルワーカー	精神保健福祉士	ホームヘルパー	その他	無回答
全体		270 100.0	82 30.4	16 5.9	19 7.0	84 31.1	68 25.2	23 8.5	15 5.6	13 4.8	27 10.0	14 5.2	17 6.3	22 8.1	0 0.0	5 1.9	7 2.6	160 59.3
施設種類	病院	136 100.0	49 36.0	10 7.4	9 6.6	55 40.4	60 44.1	21 15.4	15 11.0	12 8.8	25 18.4	14 10.3	17 12.5	21 15.4	0 0.0	3 2.2	5 3.7	68 50.0
	診療所	134 100.0	33 24.6	6 4.5	10 7.5	29 21.6	8 6.0	2 1.5	0 0.0	1 0.7	2 1.5	0 0.0	0 0.0	1 0.7	0 0.0	2 1.5	2 1.5	92 68.7

#### 連携先において

		合計	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	社会福祉士・ソーシャルワーカー	精神保健福祉士	ホームヘルパー	その他	無回答
全体		270 100.0	17 6.3	8 3.0	35 13.0	44 16.3	42 15.6	4 1.5	2 0.7	4 1.5	8 3.0	7 2.6	7 2.6	27 10.0	2 0.7	37 13.7	20 7.4	178 65.9
施設種類	病院	136 100.0	13 9.6	5 3.7	16 11.8	37 27.2	26 19.1	3 2.2	2 1.5	4 2.9	7 5.1	7 5.1	7 5.1	23 16.9	1 0.7	23 16.9	13 9.6	79 58.1
	診療所	134 100.0	4 3.0	3 2.2	19 14.2	7 5.2	16 11.9	1 0.7	0 0.0	0 0.0	1 0.7	0 0.0	0 0.0	4 3.0	1 0.7	14 10.4	7 5.2	99 73.9

### 3. 在宅高齢者に対する食事・栄養サポートのあり方について

在宅高齢者に対する食事・栄養サポートについては、多くの回答が「関係機関との連携が必要」という内容の記述であった。その上で情報や問題意識を共有化して対応していくことが重要であるという内容の回答が多かった。

図表 4-11 在宅高齢者に対する食事・栄養サポートのあり方

関係機関との連携：地域におけるネットワークの構築
栄養、食事サポートのみ連携しても成功しない。地域内の医療福祉、保健、行政等の適切なネットワークの構築が重要。厳密（厳格）なNSTを高齡世帯に行うのは難しい。シンプル化したマニュアルなどをつくるべき。
当診療所では、10年前から医師が中心になり町の医療・保健・福祉を考える会を立ち上げ、地域の在宅支援を行っています。メンバーは地域内にある特別養護老人ホーム、老健施設、社会福祉協議会、地域包括センターの専門員に看護師、保健師、理学療法士と診療所医師です。
<ul style="list-style-type: none"><li>・使用文言の統一（ツールの統一）構築</li><li>・効率的な会議（時間の有効利用。関係職種は皆、移動時間も惜しいと思われるので。</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>・チームによる...というより、医師、看護師、管理栄養士等の職員が患者を支えるといったことではなく、患者、家族、近所、親戚等、沢山の人の繋がりが無ければ在宅高齢者の支援は出来ないと思います。</li><li>・サポートするのなら、在宅高齢者だけを見る職種が必要で、今やっている仕事の傍らで在宅高齢者のサポートは無理です。</li><li>・高齢者の家に行き、話したり、お茶を飲んだりする中で、その人の回りのことを知り、サポート出来るのではないかと思います。</li></ul>
担当の介護支援専門員と、ヘルパーさんなどのカンファレンスでの話し合いが必要。
他の医療機関や介護施設の職員が同じ場所で意見交換、症例検討を行う事が必要と考えるが、時間の調整が最も難しい。電話連絡で済ますことが多いが、不十分さを感じる。
近隣の医療機関や介護施設の職員も含んだチームが出来ればBestと思いますが、まず、個々のケースのカンファレンスや情報交換を通して多職種の人が栄養についての認識を深めていく。利用者の栄養状態について共通認識を持つ。
患者様全員には無理がありますが、必要な患者様においては、他医療機関、介護施設の職員、関連スタッフ等の合同カンファレンスが必要と思われます。また患者家族も入り、情報提供、交換出来る場の設置が必要。

対象者に対して、栄養に関して具体的な目標と援助方法の共通認識を持つこと。
町内の他の医療機関や介護施設、町の福祉担当部門との連携による情報共有の場が必要と考える。
当院のNSTは入院患者のみを対象としたもので、在宅対象がない。外来においてもサポートが必要な方を抽出してチームによるカンファレンス等、支援の体制作りが必要と思われる。
月2回位の在宅訪問、経口状態検査悪化には病院紹介。口腔内の状態も専門でないが手助け、説明。急変には夜間でも殆ど対応。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 独居高齢者にはケアマネ、訪看、ヘルパーとの連携が重要と思われる（ヘルパーの教育も必要）。</li> <li>・ 非受診者については民生委員etcが重要。</li> </ul>
地域との協働で食事サポート体制を構築することが必要だが、地域にキーマンが表出しないと続かない。
月に1回程度、関係者による会議が必要（月2回だと日程調整が難しい）。
定期的な関係職員（他の医療機関、介護施設の職員）による会議は必要だと思われますし、そのチームによる支援というのは必須だと考えます。
在宅高齢者の情報は来ない（VEや摂取・嚥下リハビリの設備は整えて、特老にて治療は実施している）ので在宅に対しては何も出来ない。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院時、退院時に医師その他の医療関係者と在宅支援されるケアマネ、ヘルパー等とカンファレンスを開き、共通の認識を持つ。退院後どのようなサポートをすべきか話し合う。</li> <li>・ 定期的に関係者による会議は必須である。</li> </ul>
患者に対し専門職種がチームで関わっていくこと。又、定期的なチームでのカンファレンスを行い、患者を多方面から評価していくことが大切だと思う。
医療機関や介護施設で共通の情報提供ツールをつくり、運用法にも統一性があれば連携がスムーズになるのではないかと。
民生委員さん、ボランティア、ケアマネジャー、ホームヘルパー、栄養士等、関係者が月に2～3回程度は集って見直しが必要である。
<p>（入院患者が在宅に戻る場合の例）</p> <p>退院前訪問の一貫として、栄養サポート体制が個々の患者さんにどのように行われたか、状況と在宅に向けての課題等をしっかりと把握する為に、地域の医療及び介護スタッフが病院に出向き、カンファレンスに参加する事が必要。又、退院後でも問題や疑問が生じた場合に相談出来る関連機関を持つ事（情報の共有）。</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>・関係者による情報交換の場が必要と考える。</li> <li>・入院中に経管栄養が確立されたとしても、その為に在宅サービス利用が制限され、在宅療養が困難になる場合もある。その人の生活のスタイル、介護力等を考慮した栄養確保の方法を選択出来る様に十分な話し合いが必要。在宅サービスを提供する側の支援体制も考えて行く必要がある。</li> </ul>
<p>継続的な情報交換が出来る仕組み作り（会議でも良いがもっと早く情報が伝わって来る様な体制作りが出来れば良いと思う）。</p>
<p>医療機関や在宅への連携が必要であると考えます。栄養・食事サポートでは、書面での伝わりにくい所（食べ方、食事内容について）があると思うので、実際に顔を合わせてカンファレンス等を行うことが望ましいと思います。</p>
<p>当診療所の対象地域内については、栄養・食事サポートに限定しないが、地域包括ケア会議を月1回実施し、要介護者や保健指導で気になる人などの情報交換を行っている。地域外施設（市内の入院受入先病院等）との連携は、今のところない。</p>
<p>まずはスムーズな情報提供が可能なシステム作りが必要。ある程度、基本となる仕組みが示されれば、より一歩前進する地域が増えると思われる。現在の高齢者へのサービスは続けて行う事によって低栄養の改善の効果も上がる。</p>
<p>他職種による栄養・食事サポートチーム体制が必要であり、定期的に関係者による会議等も実施の必要性も大きいと思います。食事サポートが居場所が変わる事によって途切れてしまうケースは少なくないと思うので、情報提供や情報交換の為のツールがあれば、サービスの提供が途切れない一連の流れになる事も可能なように思います。</p>
<p>顔の見える関係の構築は非常に重要だと感じている。定期的に会合する事も必要と考える。同じ地域の施設・病院・在宅間で共通の情報提供書を使用する事で、情報の共有は効果的に行えるのではと思う。</p>
<p>現在、1回/月で市役所の福祉関係者、保健師、ケアマネジャー、ホームヘルパー、デイサービス、社会福祉協議会、診療所のそれぞれ代表者が集まり、情報交換、話し合いをしています。他職種が関わる事により、情報も増え、見方も変わるので有効な会議となっています。</p>
<p>同じ職種でも考え方、感じ方が違うことがあるので、勉強会等、意識の統一をはかることも必要と思う。</p>
<p>地域で食事・栄養も含めケース会議のようなものがあるが、それに栄養士は入っていない為、在宅患者の栄養指導を直接在宅で行うことも今後視野に入れ、会議にも参加して貰えると良いと思う。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の医療機関や福祉施設と一体化した「食事」に対して共通認識を持ち、統一された食形態の共通の名称や硬さ、粘度について基準の整備が必要。</li> <li>・在宅高齢者の食事実態調査を実施し、市の標準基準を作成する必要。</li> <li>・どの病院・施設・在宅に入退院しても統一基準に沿った食事の提供を行う必要。</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養や食事について評価する知識や技術を持った人材のマンパワーが必要。</li> <li>・定型化した書式による情報の共有と評価が必要。</li> <li>・専門職種同士の情報交換やスキルアップを行う研修の必要性。</li> <li>・他の医療機関による支援が必要。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケースカンファレンスの実施</li> <li>・連携する病院、施設間での栄養に関する情報の共有（刻みの大きさ、量、とろみ具合など...）</li> </ul>
<p>現在は院内のみのNST活動です。また、栄養サポートチーム対象患者が、転院・在宅へとなる場合「退院サマリー」を担当者に手渡せる様に用紙に記入して作成しています。しかし、現状ではここまでで、その後の継続が行えません。まずは院内を充実させるのが重要視されています。でも今後は在宅の方向へと目を向ける予定ではあります。</p>
<p>医療（医師、Ns、栄養、PT、OT、ST、MSW...）と保健（保健師、行政）、福祉（CM、ヘルパー、ケアワーカー、CW、行政...）が小規模な限定された地域で包括的医療とケアを実践している事例がクローズアップされている。しかし、現実には殆どの地域でベクトルを統一したシームレスな流れは現実出来ていない。今後、その様な流れを構築していくことが必要と考えているものの、地域連携という考え方がフロントにある現在の医療では難しいと考える。</p>
<p>関係者間の情報提供、交換が出来る場を設け、サポートの必要な高齢者に対して、積極的に関わり（どの職種でも）が持てる様な体制作りが必要。</p>
<p>チーム医療としての取組が出来ていない為、各部門毎の対応となっているのが現状である。患者様が退院となり、在宅でのフォローが必要となった時が難しい。介入するサービスや職種とのサポート体制の必要性を感じている。</p>
<p>町、社協、病院、バラバラ。連携し支援が必要。院内NSTチームは活動しているが、在宅高齢者に対するサポート体制が出来ていない。今後担当ケアマネ、地域包括支援センターと連携を取る事が不可欠であると思うが難しいしと思う。有効な手段があれば活用したい。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養に関する連携は今の所全く構築されていません。</li> <li>・これは当院ばかりの問題ではないのですが、栄養部門（管理栄養士）の数が不足している為だと私は思います。</li> <li>・情報共有する事から構築しなければなりません、核となる施設をつくり、協力し合う事が重要かと思えます。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・開業医など受け持ち医からの栄養、食事サポート支援</li> <li>・訪問看護による栄養・食事サポート支援</li> <li>・医療機関での栄養・食事サポート方法の情報提供、他の医療機関との情報交換</li> <li>・市などの食事に対するサービス</li> <li>・ケアマネ、ヘルパーなど介護職員による栄養・食事サポートの支援</li> </ul>

<p>現在NST研修会を介護施設、訪問看護ステーション、包括支援センター等の職員にも参加してもらい、情報提供、情報交換の場としている。今後は地域連携を密にするにはどの様にしたらよいか、関係職種で考えたいと思っている。</p>
<p>退院時には栄養指導を実施しているが、退院後の状況は継続出来ていない。サポート体制の連携と継続が必要と考えます。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・週に1回、在宅療養を支える関係専門職が集まり、情報交換を行っています。顔の見える関係作りに役立っています。</li> <li>・「介護・医療連携パス」の活用により、在宅・施設と医療機関との双方向的な、かつ切れ目のない連携がとれていると感じています（在宅にはケアマネジャー・介護保険サービス事業所が含まれます）。</li> </ul>
<p>在宅高齢者に対する栄養食事サポートは実際当院では連携はしっかり出来ているが、在宅で介護されている方は褥瘡の発生があると栄養ミルクを必ず飲用して貰っている。介護保険のサービスを利用している為に他職種との情報交換は必ず施行している。</p>
<p><b>高齢者の実態把握の必要性</b></p>
<p>在宅高齢者に対して、生活状況表の様なものがあると良いと思います。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自立度</li> <li>・独居</li> <li>・配食サービス</li> <li>・本人の生活環境etc.</li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>この上で栄養サポートが必要と思われる方については、サポート手帳を作る等の取組が必要。</p>
<p>情報を提供をするだけでは、患者様の食事の細かい所までは認識は統一出来ないの で、実際に病院の食事や対象の患者様の食事を実際に見たり、説明を聞いてもらう機会がないと話し合いや会議だけではなかなか難しい事もあると思う。</p>
<p>病院から退院した患者が低栄養状態になり、再入院してくるケースがあり、自宅でのフォローの大切さを感じています。しかし、病院の場合は訪問看護をしているので、訪問栄養指導への繋がりがありません。</p>
<p>地域包括支援センターの有効利用。</p>
<p>他院からの紹介で治療を継続することになっても、なかなか栄養（食事療法を含む）、食事サポートをシームレスに続ける事は出来ていないのが現状。高齢者独居に関しては、配食サービスやホームヘルパーサービスによる介入により対応する様に努めているが、その対象に挙がらなければ地域で誰にも気付かれず埋もれてしまう可能性がある。</p>

<p>病院への定期的な受診をされている方は、常に栄養状態、健康状態の把握が出来ると思われませんが、独居で医者嫌い、近所づきあいの悪い方などは、低栄養の状態でも見つけづらい環境だと思います。</p>
<p>当地域は高齢化率34.6%ですが、何らかの形で家族や独居でも地域の人々が手助けをして下さり、栄養・食事のサポートは自然の形で出来ています。今後においては対象者の背景をよく把握して、必要時直ぐにサポート出来る体制を構築して行かなくてはならないと考えます。</p>
<p>保健・福祉・医療機関が連携するシステムづくり。加えて地域における見守り支援体制の構築と確かな安定継続した制度の整備。</p>
<p>まず、在宅高齢者の栄養評価及び栄養管理を行う管理栄養士が存在しないことが問題だと思います。市町村の栄養士、もしくは病院の栄養士が定期的に自宅を訪問し、栄養評価が行える体制作りをすすめて頂きたいです。(もちろん体制のみを整えても実際には動けないので、管理栄養士を必置にするか、そうでないと算定が取れない様な算定面での何らかのシステムが必要と思います。)</p>
<p>配食サービス1つとっても誰がどういう頻度でどの様な物を食べているのか把握していない状況。先ず、配食状況や実食の程度などの把握と、サポートが必要な方について報告して頂き、こういった方針にするか会議するという形は1つの方法かと。</p>
<p><b>その他</b></p>
<p>栄養、食事のことに限らず、日常生活の全てにおいて、医療・介護関係者がサービスでまかなおうとするとマンパワーや資金の面などで実行可能な地域や内容が制限されてしまいます。基本的には、可能な(高齢者)本人が自立して、本人が無理な場合にはその家族や、とりまく地域が一体となってサポートしていく形が望ましいと考えます。</p>
<p>在宅高齢者の栄養、食事サポートの必要性は強く感じており、近隣施設の栄養士との会話の中でも話題に上がりますが、お互いに施設内の栄養管理に追われなかなか実行に移せずにいます。</p>
<p>精神的、肉体的、環境などの変化で食事摂取に影響が現れると考えますので、地域で支える体制が必要だと思います。しかし、家庭内に立ち入ることなので信頼関係と利用しやすい内容である事が大切だと感じます。</p>
<p>在宅に対する栄養、食事サポート体制の情報が頂けたら幸いです。</p>
<p>◎在宅高齢者に対する栄養サポート(介護保険なし)  保健福祉センターなどが中心となり、地域で行われる健康相談や介護予防事業やサロンなどで栄養の大切さについて啓発していく。</p>
<p>◎在宅高齢者に対する栄養サポート(介護保険申請後認定あり)  在宅におけるNSTの連携会議を多職種で行い、在宅高齢者の情報交換の場を設定して、定期的に栄養スクリーニングをかける体制をつくる。</p>

<p>在宅において栄養サポートの中心となるのは家族です。長年の食生活を変えていくことはなかなか困難です。低栄養状態を理解してもらい、食事管理をしてもらう為には家族を巻き込んでいく体制が必要だと思います。出来れば可能な場合のみ在宅でのカンファレンスを実施する（医師の参加は大切ですが、多忙で難しいでしょうから病状説明等は映像で在宅へ持参して（画像データも含む）参加してもらう）。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域内に配食サービスセンターが必要（今は15～16kmの所にしかない）。</li> <li>・高齢者が歩いて行ける場所に集まれる場所があり、食事会の形で集まって食事をすることも出来れば良いが。ミニデイサービスの形も考えられるが、運営主体や従事者が課題。</li> <li>・外食や人に食事を作ってもらおうという経験の殆ど無い高齢者の方は、人に食事を作ってもらうのはとても悪い事だと思っておられて、配食や食事会も嫌がられる事が多いようです。</li> </ul>
<p>自治体の指針を示してもらい、関係機関への協力を要請する→集結→やはりチーム作りが必要→ルーチン業務と並行又は別に活動。当町は医療・介護がバラバラなイメージです。</p>
<p>訪問栄養指導がもう少し普及すればいいと思いました。</p>
<p>病院から他の施設へ移る場合は、施設における食事のサポートが受けられるので安心ですが、自宅に退院となると一人暮らしであったりすることが多く、食材の用意・調理がどこまで出来るのかが一番危惧されます。まして、術後であったり、嚥下困難であった場合には配食サービスも冷凍弁当も対応出来ていない状況です。</p>





## 第5章

# モデル事業の実施結果

---



---

# 1. モデル事業の内容

---

## (1) 事業の目的

地域資源の掘り起こし→ネットワークの構築→対象者のスクリーニング→該当者への介入、という流れに取り組むことにより、すでに地域包括医療・ケアへの取組が進んでいる地域においても、食事・栄養サポートという観点からの取組をより進める効果があることを確認し、その取組の内容・効果を広く情報発信することを目的とする。

## (2) 事業の内容

各地域においては、下記の4つのステップに沿って事業を進めた。

### Step1：地域における関係機関の連携の仕組づくり

各施設が所在する地域において、関係機関が連携を図るための組織を組成していただいた。

その際、既に地域内にある組織等において、本事業への取組が可能である場合には、新たに組織を組成してもらわなかったが、栄養・食事サポートという面からみて既存組織に不足している人材・機関等がある場合にはそれらの方々にも協力を依頼してもらった。

- 例) 医療関係：医師、歯科医師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、言語聴覚士、等
- 保健関係：保健師、等
- 介護関係：ケアマネジャー、ホームヘルパー、通所サービス職員、等
- 地域関係：民生委員、食生活改善推進員、等

### Step2：地域分析の実施とモデル事業実施に当たっての討議

Step1で組織したメンバーにより、

- 貴施設が所在する地域における地域資源の状況
- 現在の連携体制の状況と連携のために必要な条件
- 食事・栄養サポート実施上の課題
- 対象者の把握方法 等

について検討していただいた。そしてその結果を踏まえ、今後の取組方針（各地域において特に何を課題として取り組むか等）について議論していただいた。

### Step3：モデル事業の実施

実際に対象となる在宅高齢者を把握し、栄養・食事サポートを実施していただいた。

具体的には、「身体状況は自立であるが食事摂取に課題があると考えられる独居高齢者」「嚥下機能に若干の低下がみられる介護予防事業の対象となる高齢者」「退院後間もない等により栄養面でのサポートを必要としている要介護者」といった、食事・栄養摂取が困難になり得る代表的な生活環境・身体状況の高齢者を想定して選定していただいた。

### Step4：モデル事業実施の効果の把握

実際に関わった高齢者の満足度を把握させていただくための簡単なアンケート調査を実施した。

## (3) モデル事業実施施設

モデル事業を実施したのは、下記の5施設（地域）である。

図表 5-1 モデル事業実施施設

都道府県	施設名
千葉県	鋸南町国保鋸南病院
福井県	おおい町国保名田庄診療所
京都府	京丹後市立久美浜病院
広島県	公立みつぎ総合病院
香川県	三豊総合病院

## 2. 千葉県鋸南町国保鋸南病院

### (1) 実施体制

組織名	鋸南病院在宅栄養支援事業	
既存組織の 活用の有無	<input type="checkbox"/> 既存の組織を活用 <input checked="" type="checkbox"/> 本事業のために新たに組成	
メンバーと役割 (所属・職種等)	国保鋸南病院医師	総括・アドバイザー
	国保鋸南病院看護師	院内 NST
	国保鋸南病院理学療法士	食事時ポジションング・座位
	国保鋸南病院ケースワーカー	地域連携
	国保鋸南病院管理栄養士	栄養管理
	行政所属保健師	地域包括支援センター
	訪問看護ステーション看護師	在宅看護
	社会福祉協議会	配食サービス
活用可能な地域資源	<input checked="" type="checkbox"/> 市町村の保健福祉部門 <input type="checkbox"/> 保健所・保健センター <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関： <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input checked="" type="checkbox"/> 診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センターや在宅介護支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス事業所： <input checked="" type="checkbox"/> 施設サービス <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス <input checked="" type="checkbox"/> 民生委員 <input checked="" type="checkbox"/> 食生活改善推進員 <input checked="" type="checkbox"/> 健康づくり推進員 <input checked="" type="checkbox"/> 住民ボランティア・NPO <input type="checkbox"/> その他	
既存の関連サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 配食サービス <input checked="" type="checkbox"/> 栄養指導（直診で実施） <input type="checkbox"/> 訪問歯科指導 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔機能向上に関する講座 <input type="checkbox"/> 高齢者安否確認見守り事業 <input type="checkbox"/> 特に何もない	<input checked="" type="checkbox"/> 会食サービス <input type="checkbox"/> 訪問栄養指導 <input checked="" type="checkbox"/> 食事や栄養に関する講座 <input type="checkbox"/> 退院時の栄養サポート <input type="checkbox"/> その他

## (2) 取組の経緯

第 1 回	
議題	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 本事業の体制作り</li> <li>■ 地域における地域資源の状況</li> <li>■ 現在の連携体制の状況と連携の為に必要な条件</li> <li>■ 食事、栄養サポート実施上の課題</li> <li>■ 対象者の把握方法</li> </ul>
議事要旨	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 組織の組成、各役割の確認。</li> <li>■ 資源としては、以下の機関やサービスが活用可能。 鋸南町福祉課、国保鋸南病院、訪問看護ステーション、社会福祉協議会、居宅サービス、配食サービス etc。</li> <li>■ 現在の連携体制は、各機関やサービスが個別にかかわり最小限の連携しか取れていない状況である（あまり積極的ではない）。そこで、各機関やサービスが対象者の情報をキャッチし情報交換を密にして連携をとる必要があるのではないか（情報をキャッチしていても、そこから先に相談できず連携方法が確立されていない）。</li> <li>■ 食事、栄養サポート実施上の課題は、対象者の詳しい情報（身体的、環境的）を知り対象者の家族や介護者に説明する。その上で介入を理解し承諾や協力を得る事（時間、経済、考え方）。</li> <li>■ 対象者の把握方法は、配食サービス、社会福祉協議会、鋸南町福祉課、鋸南病院の医師やケースワーカー、看護師から情報を得る（健康診断、退院時サマリー、入院中のカルテ、訪問看護カルテ etc）。</li> </ul>

第 2 回	
議題	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 対象者の抽出</li> <li>■ 対象者の家族に対する説明</li> <li>■ サポートの手順（アセスメント、スクリーニング、モニタリング）</li> </ul>
議事要旨	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 対象者の抽出の方法については、 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 身体状況は自立であるが食事摂取に課題があると考えられる独居高齢者（社会福祉協議会、配食サービス、鋸南町福祉課から）</li> <li>・ 嚥下機能に若干の低下がみられる介護予防の対象となる高齢者（社会福祉協議会、鋸南町福祉課、訪問看護ステーションから）</li> <li>・ 退院後間もない等により栄養面でのサポートを必要としている介護者（鋸南病院の医師、看護師、管理栄養士、ケースワーカーから）</li> </ul> </li> <li>■ 家族に対する説明は、かかりつけ医師やケースワーカー保健師からパンフレットに沿って説明する（承諾書）。</li> <li>■ サポートの手順について 対象者のアセスメント（身体計測、血液検査、生活環境、必要栄養量、消費量）実施後、介入が必要と思われる方についてスクリーニング→モニタリング（開始、途中、終了時に対象者の身体計測、血液検査、食事摂取状況、嚥下状態、ADL）を行う。</li> </ul>

第 3 回	
議題	<ul style="list-style-type: none"> <li>■各対象者へのアセスメント後、評価しサポート体制を検討。</li> <li>■各対象者のサポートする為の連携の取り方を検討（スクリーニング）。</li> <li>■栄養ケアモニタリングの進め方について。</li> </ul>
議事要旨	<ul style="list-style-type: none"> <li>■アセスメントをとるにあたり、対象者の食事の摂取量が不明瞭である。対象者が日中一人で昼食をとり、摂取量を確認できない。又、本人の申告も不確かである。</li> <li>■配食サービスは安否確認や食事が作れない（買い物が出来ない）方の為で栄養価まで考慮されていないのが現状である。この場合、対象者のBMI や血液の状態で判断せざるを得ない。</li> <li>■配食サービスの利用は、要介護者は対象外になる。又、栄養価がわからず嚥下に問題のある方にも不向きである。食事や栄養に何らかの問題をかかえている方には、福祉サービスの相談が必要と思われる。</li> <li>■サポートするにあたり、デイサービスやヘルパーの介入を提案した後、確認が必要。→鋸南病院（ケースワーカー・管理栄養士）で訪問し状況確認→家族に再確認。医師にも状況報告（必要に応じて訪問看護にも連絡）。</li> <li>■栄養ケアモニタリングの進め方は、1 ヶ月ごとに外来や訪問時に身体状況を確認。血液状態についても同様にして確認。又、デイサービス利用時に食事摂取状況や身体計測を行う。社会福祉協議会、訪問看護、鋸南病院からの情報をサポートにかかわる職種や機関に連絡しモニタリングにつなげる。</li> </ul>

第 4 回	
議題	<ul style="list-style-type: none"> <li>■各対象者の栄養ケアモニタリングを通して評価し今後の課題等を検討。</li> <li>■対象者の家族へのアンケートを回収し意見等を検討。</li> </ul>
議事要旨	(別掲：次項「参集者の意見・感想」参照)

### (3) 参集者の意見・感想

■（医師）対象者の環境が良くない事があり、家族が食事を作る事が難しくヘルパーに食事作りを依頼するケースもある。

家族に、栄養の知識が無い場合やヘルパーにも栄養の知識が行き渡っていない場合もある。この様な点を改善できるシステムを作れば、栄養の摂り方についてお金をかけずに支援可能となる（家族やヘルパーの教育、配食サービスでの不足栄養の補充）。

■（社会福祉協議会）この地域の配食サービスは1社のみで選択できない。1社の配食サービスでは、すべての対象者にあった食事を作るのは難しい。デイサービス、



配食サービス、家庭での食事、ヘルパーによる食事 etc を合わせて 1 日単位ではなくトータルで在宅栄養を考えてほしい（不足を補う）。

配食サービスについて、対象者や対象者の家族から意見を頂きました。今後の配食サービスについて、アンケートをとり参考にしたいと思います。

■（訪問看護師）寝たきりの対象者や老々介護のケースが多い。病院と在宅のギャップが大きく、介助コストの問題もある。訪問時に家族が不在で家族と接する時間が無く、訪問時以外の在宅の様子が見えないケースもある。この様な場合、栄養面を含めた指導が難しい。今回のモデル事業が終わっても継続してほしい。

■（保健師）口腔機能 etc について家族に体験を通して教室を開いている。退院後のフォローとして退院後、問題のある人については病院から地域包括に連絡をし、又、病院も在宅支援部門を設けて窓口を作り連携をとってはどうか。

■（理学療法士）Alb の低下は、筋力アップに影響するので重要である。今後も、在宅でのリハビリや嚥下訓練に協力していきたい。

■（ケースワーカー）対象者や対象者家族が現状を理解されていない場合が多いように思います。問題を上げ今後について相談させてもらっても、スムーズに話が進まないケースがあります。

同居されていない為、問題点の把握が難しいです。理解してもらえたと思い、サービスの利用につなげて途中でやめてしまう事もあります。

■（管理栄養士）老人は、食事を作る体力や環境や口腔機能の問題で糖質中心の食事では蛋白質不足になり、Alb の低下に陥りやすい。

これを補う為に栄養補助食品の紹介、家族やヘルパーの食事作りの指導、配食サービスの形態のアドバイスを退院時に継続し、又、問題のある方については退院後も地域と連携をとり支援していく事が大切だと思います。しかし、対象者の家族が支援に消極的な場合は、説明に時間がかかります。又、限られた地域資源の活用に苦慮しました。今回のモデル事業の 3 ヶ月では、説明不足や連携不足が発生し改善の糸口を得るのが精一杯でした。

連携の中で、デイサービスや訪問看護から利用者の情報を得られ参考になりました。

又、この情報を医師に伝え確認や新たな指示につなげる事が出来ました。

PEG 栄養の対象者本人から『ゼリーを食べる事ができて、涙がでるほど嬉しかった』と言葉をいただき、励みとなりました。

■（事務長）今後の在宅栄養サポートの運営について、継続したい。継続の方法については、再検討する。

### 3. 福井県おおい町国保名田庄診療所

#### (1) 実施体制

組織名	名田庄栄養サポートチーム	
既存組織の 活用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 既存の組織を活用 (既存組織：ケースカンファレンス開催による情報共有) <input type="checkbox"/> 本事業のために新たに組成	
メンバーと役割 (所属・職種等)	国保名田庄診療所医師	総括・医師としてのサポート
	国保名田庄診療所看護師	訪問看護面からのサポート
	歯科医師 (開業歯科医院)	歯科治療施設との連携
	歯科衛生士 (開業歯科医院)	歯科治療施設との連携
	近接地域病院言語聴覚士	口腔ケア、近接地域病院との連携
	行政所属保健師 (地域包括支援センター)	在宅ケアスタッフの連携
	行政所属保健師 (保健福祉室)	在宅ケアスタッフの連携
	行政所属栄養士 (保健課)	栄養ケアへの連携構築
	社会福祉協議会・ケアマネジャー	在宅ケアスタッフの連携
	社会福祉協議会・デイサービス職員	在宅ケアスタッフの連携
	薬剤師 (開業薬局)	薬剤師としての協力
薬剤師 (開業薬局)	薬剤師としての協力	
活用可能な地域資源	<input checked="" type="checkbox"/> 市町村の保健福祉部門 <input type="checkbox"/> 保健所・保健センター <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関： <input type="checkbox"/> 病院 <input checked="" type="checkbox"/> 診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科診療所 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センターや在宅介護支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス事業所： <input type="checkbox"/> 施設サービス <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 食生活改善推進員 <input type="checkbox"/> 健康づくり推進員 <input type="checkbox"/> 住民ボランティア・NPO <input checked="" type="checkbox"/> その他 (薬局薬剤師)	
既存の関連サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 栄養指導 (直診で実施) <input type="checkbox"/> 訪問歯科指導 <input type="checkbox"/> 口腔機能向上に関する講座 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者安否確認見守り事業 <input type="checkbox"/> 特に何もない	<input type="checkbox"/> 会食サービス <input type="checkbox"/> 訪問栄養指導 <input type="checkbox"/> 食事や栄養に関する講座 <input type="checkbox"/> 退院時の栄養サポート <input type="checkbox"/> その他

## (2) 取組の経緯

第1回	
議題	<ul style="list-style-type: none"> <li>■事業の目的、目指すものについて</li> <li>■ケースについて検討</li> </ul>
議事要旨	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ケース検討</li> <li>◎事例1：               <ul style="list-style-type: none"> <li>・リハビリの再検討について。県地域リハビリ事業の適応について。</li> <li>・ムセに関して一義歯が合っているか</li> </ul> </li> <li>◎事例2：               <ul style="list-style-type: none"> <li>・義歯と残存歯の状態不良一歯科治療の方向へ（移送サービス利用）</li> </ul> </li> <li>◎事例3：               <ul style="list-style-type: none"> <li>・歯痛にて歯科受診。介護タクシー利用。ヘルパー免許を有する歯科衛生士の介助により受診可能となる。歯科治療により痛み消失。</li> </ul> </li> <li>◎事例4：               <ul style="list-style-type: none"> <li>・味わうことの可能性について。誤嚥の危険性について。妻の吸痰手技の確認。</li> </ul> </li> <li>◎事例5：               <ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔内が乾燥。口腔ケアの再検討。</li> </ul> </li> <li>◎事例6：               <ul style="list-style-type: none"> <li>・妻の介護疲れへの対応として緊急用食材の適応について。</li> <li>・県地域リハビリ事業の適応について。</li> </ul> </li> </ul>

第2回	
議題	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ケースについて検討</li> </ul>
議事要旨	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ケース検討</li> <li>◎事例1：               <ul style="list-style-type: none"> <li>・県地域リハビリ事業の予定について。</li> <li>・リハビリの評価方法について（水飲みテスト、30秒空嚥下テスト等）</li> </ul> </li> <li>◎事例2：               <ul style="list-style-type: none"> <li>・移送サービスを利用した歯科受診へ。</li> </ul> </li> <li>◎事例3：               <ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科治療により痛み消失。</li> </ul> </li> <li>◎事例4：               <ul style="list-style-type: none"> <li>・レモン味の口腔清拭用綿棒で味わうことを試行。</li> </ul> </li> <li>◎事例5：               <ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔内の出血。口腔ケアの再検討。訪問歯科診療の適応について。</li> </ul> </li> <li>◎事例6：               <ul style="list-style-type: none"> <li>・食べることに對する意欲のむらの激しさについて。</li> <li>・県地域リハビリ事業の適応について。</li> </ul> </li> </ul>

第 3 回	
議題	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ケースについて検討</li> <li>■ トロミ食試食</li> <li>■ 嚥下内視鏡のプレゼン</li> </ul>
議事要旨	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ケース検討</li> <li>◎ 事例 1 : <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 県地域リハビリ事業の実施結果について。</li> <li>・ 吹き戻しによる息吹き練習について。</li> </ul> </li> <li>◎ 事例 4 : <ul style="list-style-type: none"> <li>・ レモン味の口腔清拭で 1 回[ごくり]と嚥下（一般的に好きな味がむせにくい）。</li> </ul> </li> <li>◎ 事例 5 : <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 口腔ケア不十分。口腔ケアの方法の再検討について。</li> </ul> </li> <li>■ トロミ食試食 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 薬剤師によるトロミ付け実演、試食</li> <li>・ 高カロリー流動食には多めのトロミ剤が必要</li> <li>・ とろみ付けにより味が粉っぽくなる</li> </ul> </li> <li>■ 嚥下内視鏡のプレゼン <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2 種類の内視鏡説明</li> <li>・ 携帯用バキュームセットプレゼン</li> <li>・ 歯科衛生士による実演</li> </ul> </li> </ul>

第 4 回	
議題	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ケースについて検討</li> </ul>
議事要旨	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ケース検討</li> <li>◎ 事例 1 : <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自宅でもリハビリ継続できており、家族も喜んでいる。</li> <li>・ デイサービス利用時の食事のムセはない。鏡を見て食事することで集中力を高めた。</li> </ul> </li> <li>◎ 事例 2 : <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯科受診による義歯の適合について。</li> </ul> </li> <li>◎ 事例 4 : <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 味わう楽しみへの援助により介護に変化があると介護者も意欲が向上。</li> </ul> </li> </ul>

第 5 回	
議題	■ ケースについて検討
議事要旨	<p>■ ケース検討</p> <p>◎ 事例 2 : ・ 通所施設での食事の様子をビデオ撮影し、歯科医師が確認。歯科受診へ。</p> <p>◎ 事例 3 : ・ 吹き戻しを使ったリハビリの再開。</p> <p>◎ 事例 4 : ・ 好物のミカン汁を浸した綿棒を味見させると綿棒がつぶれるまで吸った。ムセなし。</p> <p>◎ 事例 6 : ・ 食事内容をカメラに撮りカロリー計算。炭水化物とビタミン摂取不足が判明。</p>

### (3) 参集者の意見・感想

■ 他職種との連携の中で栄養を考える機会を持つことができ新しい発見があった。

■ 利用できていなかった社会資源等は下記の通り。

- ・ 福祉車両を使用した歯科受診
- ・ 訪問歯科診療
- ・ 県の補助金によるリハビリ事業
- ・ 栄養士による栄養評価
- ・ 在宅での栄養管理
- ・ 家族を含めた援助
- ・ 多方面から関わることの大切さ 等

■ 診療所でも NST を組むことができることが分かった。短期間で栄養サポートができるとは考えられないが、栄養サポートを考えることにより地域資源の掘り起こしができればよいのではないか。

■ 今回、歯科医師が、対象者の食事の状況を確認するために、ケアマネジャーに依頼してその状況をビデオで撮影し、それを元に一定の判断を行ったケースがあったが、様々な創意工夫により、不足するリソースを補うことができることも分かった。

## 4. 京都府京丹後市立久美浜病院

### (1) 実施体制

組織名	在宅高齢者に対する効果的な栄養・食事サービスの確保等に関する調査研究モデル事業のための京丹後市研究会	
既存組織の活用の有無	<input type="checkbox"/> 既存の組織を活用 <input checked="" type="checkbox"/> 本事業のために新たに組成	
メンバーと役割 (所属・職種等)	京丹後市立久美浜病院医師	実施主体・企画立案等
	京丹後市立久美浜病院歯科医師	実施主体・企画立案等
	京丹後市立久美浜病院看護師	実施主体・企画立案等
	京丹後市立久美浜病院歯科衛生士	実施主体・企画立案等
	京丹後市立久美浜病院管理栄養士	実施主体・企画立案等
	訪問看護ステーション看護師	実施主体・企画立案等
	行政所属保健師	実施協力・情報提供・助言
	市長寿福祉課	実施協力・情報提供・助言
	社会福祉協議会・介護士	実施協力・情報提供・調査協力
	社会福祉協議会・管理栄養士	実施協力・情報提供・助言
	在宅介護支援センター・ケアマネジャー	実施協力・情報提供・調査協力
	居宅介護支援事業所・ケアマネジャー	実施協力・情報提供・調査協力
	社会福祉法人（看護師）	実施協力・情報提供・調査協力
	京丹後市立久美浜病院管理課	実施主体・事業とりまとめ
活用可能な地域資源	<input checked="" type="checkbox"/> 市町村の保健福祉部門 <input checked="" type="checkbox"/> 保健所・保健センター <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関： <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input checked="" type="checkbox"/> 診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センターや在宅介護支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス事業所： <input checked="" type="checkbox"/> 施設サービス <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス <input checked="" type="checkbox"/> 民生委員 <input checked="" type="checkbox"/> 食生活改善推進員 <input checked="" type="checkbox"/> 健康づくり推進員 <input checked="" type="checkbox"/> 住民ボランティア・NPO <input checked="" type="checkbox"/> その他（社会福祉協議会、自治会、シルバー人材センター、介護タクシー）	

既存の関連サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 配食サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 会食サービス
	<input checked="" type="checkbox"/> 栄養指導（直診で実施）	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問栄養指導
	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問歯科指導	<input checked="" type="checkbox"/> 食事や栄養に関する講座
	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔機能向上に関する講座	<input checked="" type="checkbox"/> 退院時の栄養サポート
	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者安否確認見守り事業	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 特に何もない	

## (2) 取組の経緯

第 1 回	
議題	<ul style="list-style-type: none"> <li>■モデル事業を取組む組織の組成についての討議</li> </ul>
議事要旨	<ul style="list-style-type: none"> <li>■モデル事業の主旨の確認</li> <li>■モデル事業を実施する組織体制について 久美浜病院独自には NST 委員会があるものの、他の組織との連携はできていないことから、在宅に関連する他団体との新たな組織を組成して実施する。 行政関係 久美浜病院、訪問看護、市長寿福祉課 介護関係 北丹後福祉会（久美浜・佐濃）、太陽福祉会海山園 社会福祉協議会（久美浜・網野） 上記団体の医師、看護師、担当者、ケアマネジャー、管理栄養士</li> <li>■各組織団体での栄養指導や食事サービスの現状について報告し、事業対象者のピックアップ方法等について自由に意見交換を行なった。</li> <li>■次回はより具体的な対象者の情報を持ち寄ることを確認</li> </ul>

第 2 回	
議題	<ul style="list-style-type: none"> <li>■地域分析の実施とモデル事業実施に当たっての討議</li> </ul>
議事要旨	<ul style="list-style-type: none"> <li>■モデル事業実施に向けた体制とその役割の確認</li> <li>■モデル事業の対象とする地域の範囲について 久美浜病院の主治医とする在宅高齢者を対象とするため、基本的に久美浜町域とする。</li> <li>■久美浜町域における地域資源の状況について討議。</li> <li>■基礎情報は、市（長寿福祉課）において、確認する。</li> <li>■活用可能な資源について</li> <li>■地域内で連携して栄養サポートに取り組む際の方向性について討議</li> <li>■地域内で可能な連携先又は相談先について討議</li> <li>■参集者の感想・意見交換</li> <li>■モデル事業の対象者の選定について 次回に再度情報を持ち寄り決定していく。</li> </ul>

第 3 回	
議題	地域分析の再確認とモデル事業対象者絞込みにあたっての討議
議事要旨	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 地域分析表の再確認</li> <li>■ モデル事業の対象とする地域の範囲について            前回、基本的に久美浜町域だけとしていたが、久美浜病院を主治医とする網野町にも多く対象候補者があるため、網野町域も含めるよう変更する。</li> <li>■ 栄養サポートの方向性について討議</li> <li>■ 具体的な連携への方策について</li> <li>■ 現在の配（給）食サービスの現状について</li> <li>■ 対象者の選定について           <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問看護では5人程度を選定予定</li> <li>・ 連携室は1人</li> <li>・ ケアマネジャーは基本的に入所されている方なので対象者を絞り込めない。                ⇒施設入所者においても場合によっては対象者として事業実施することに。</li> </ul> </li> </ul>

### (3) 参集者の意見・感想

- 在宅高齢者に対する効果的な栄養・食事サービスの確保等を行なう際に連携すべき機関が、本町のように高齢化率の高い農村部ほど、公立病院など公的機関にたよらざるを得ない状況にある。
- 在宅高齢者に対する効果的な栄養・食事サービスの確保等を行なう際に連携すべき機関が、本町のように高齢化率の高い農村部ほど、公立病院など公的機関にたよらざるを得ない状況にある。
- 栄養士や口腔機能向上のための口腔外科医の指導が院内では行われているが、在宅での指導はマンパワー不足で対応できていない。しかし、院内で緊張した状況で指導を受けるよりも、同じことでも自宅で聞くほうが、理解されやすく効果的である。
- 栄養補助食品は、在宅において、摂取不良時の食欲改善に比較的効果がみられたが、認知度の低さから用いられることが少ない。またコストが高いために勧めにくい(保険適用になるものは液状のため嚥下障害がある方には問題がある)。



## 5. 広島県公立みつぎ総合病院

### (1) 実施体制

組織名	尾道市公立みつぎ総合病院 在宅 NST	
既存組織の活用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 既存の組織を活用 (既存組織の目的：在宅への栄養支援) <input type="checkbox"/> 本事業のために新たに組成	
メンバーと役割 (所属・職種等)	公立みつぎ総合病院医師	統括
	行政所属保健師(保健福祉センター)	生活習慣に関して
	公立みつぎ総合病院管理栄養士	栄養全般に関して
	地域包括支援センター	地域の低栄養者の抽出
	訪問看護ステーション看護師	生活全般に関して
	ホームヘルプステーション・ホームヘルパー	食事の作り方
	公立みつぎ総合病院ケアマネジャー	生活全般に関して
	公立みつぎ総合病院言語聴覚士	嚥下機能に関して
公立みつぎ総合病院歯科衛生士	口腔機能に関して	
活用可能な地域資源	<input checked="" type="checkbox"/> 市町村の保健福祉部門 <input type="checkbox"/> 保健所・保健センター <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関： <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input checked="" type="checkbox"/> 診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センターや在宅介護支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス事業所： <input checked="" type="checkbox"/> 施設サービス <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス <input checked="" type="checkbox"/> 民生委員 <input checked="" type="checkbox"/> 食生活改善推進員 <input checked="" type="checkbox"/> 健康づくり推進員 <input type="checkbox"/> 住民ボランティア・NPO <input checked="" type="checkbox"/> その他(相談員)	
既存の関連サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 配食サービス <input checked="" type="checkbox"/> 栄養指導(直診で実施) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問歯科指導 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔機能向上に関する講座 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者安否確認見守り事業 <input type="checkbox"/> 特に何もない	<input checked="" type="checkbox"/> 会食サービス <input checked="" type="checkbox"/> 訪問栄養指導 <input checked="" type="checkbox"/> 食事や栄養に関する講座 <input checked="" type="checkbox"/> 退院時の栄養サポート <input checked="" type="checkbox"/> その他

## (2) 取組の経緯

第 1 回	
議題	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 事業内容の確認</li> <li>■ 実施体制、地域分析方法</li> <li>■ 対象者抽出</li> </ul>
議事要旨	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ モデル事業実施要領参照</li> <li>■ 実施体制               <ul style="list-style-type: none"> <li>施設・地域名：尾道市御調町（範囲が広いと地域分析の把握が困難）</li> <li>メンバー：在宅 NST メンバー（不足があれば追加）</li> <li>会議開催日：11/1、11～1月の在宅 NST 会議、必要時には臨時で開催</li> </ul> </li> <li>■ 地域分析               <ul style="list-style-type: none"> <li>基礎情報：杉原管理栄養士、地域包括支援センターでまとめる</li> <li>活用可能な資源：サロンについては平成 22 年度のデータも集約</li> </ul> </li> <li>■ 対象者抽出（下記対象者にスクリーニングを実施して介入の必要性を判断する）               <ul style="list-style-type: none"> <li>「身体状況は自立であるが食事摂取に課題があると考えられる独居高齢者」（7名）</li> <li>「嚥下機能に若干の低下がみられる介護予防事業の対象となる高齢者」（5名）</li> <li>「退院後間もない等により栄養面でのサポートを必要としている要介護者」（2名）</li> </ul> </li> <li>■ その他：介入の効果の把握方法               <ul style="list-style-type: none"> <li>Alb は採血が必要で容易ではない</li> <li>身体計測値等簡単に計測できるものでしてはどうか</li> </ul> </li> </ul>

第 2 回	
議題	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 栄養スクリーニング結果から対象者決定</li> <li>■ 事例への取り組み計画について</li> </ul>
議事要旨	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ モデル事業対象者の把握と抽出（13名→8名）</li> <li>■ 本人や家族への説明、同意はケアマネジャーによる電話や訪問診療で、口頭で行う。</li> <li>■ 具体的事例への今後の取り組み計画について</li> <li>■ その他：評価の視点               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 期間が短い為、明らかな改善(体重変化等)には繋がらない。</li> <li>・ 良好な組織（人間関係）ができたか</li> <li>・ 栄養ケアモニタリング表が各地域でどの程度役に立つか</li> <li>・ 対象者の気持ちの変化があったか（栄養に関する考え方、食事の満足度、食事内容・生活全般の変化）</li> </ul> </li> </ul>

第 3 回	
議題	<ul style="list-style-type: none"> <li>■対象者 8 事例への取り組み（栄養ケアモニタリング実施後の報告）</li> <li>■今後の取り組み</li> </ul>
議事要旨	<ul style="list-style-type: none"> <li>■対象者 8 事例への取り組み（栄養ケアモニタリング実施後の報告）               <ul style="list-style-type: none"> <li>①身体状況は自立であるが食事摂取に課題があると考えられる独居高齢者                   <ul style="list-style-type: none"> <li>・種類多く食べるよう 3 日間の食事内容を記入して対象者の食事に対する気持ちに変化あり。安心感に繋がった</li> <li>・口腔に問題があるが、すでに配食サービスを利用中。機能低下しないよう工夫して機能を維持することが目標</li> <li>・ふれあい食材（JA生協）利用中。バランスよく食べるよう調理と食材に工夫がみられる。</li> <li>・移動式買い物車利用、以前に胃切の病歴あり、食事内容に気を付けている</li> </ul> </li> <li>②嚥下機能に若干の低下がみられる介護予防事業の対象となる高齢者                   <ul style="list-style-type: none"> <li>・嚥下機能障害・通過障害の為栄養低下のおそれあり。家族のささえや協力により在宅生活可能。7 月より体重約 2 k g の増加</li> <li>・COPD 疾患の為外出少なく 1 日中家の中やベッドで過ごすことが多い。栄養士の訪問により調理指導実施。</li> </ul> </li> <li>③退院後間もない等により栄養面でのサポートを必要としている要介護者                   <ul style="list-style-type: none"> <li>・11/7 退院後安定した摂取量 1600kcal/日。褥瘡も改善傾向、タンパク質の増量の指導実施。</li> <li>・12/8 退院、嚥下食摂取。トロミ付けは拒否傾向であり在宅では気ままに食事摂取。誤嚥性肺炎に注意必要。</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>■今後の取り組み：評価の視点               <ul style="list-style-type: none"> <li>・期間が短い為、明らかな改善(体重変化等)には繋がらない。</li> <li>・良好な組織（人間関係）ができたか</li> <li>・栄養ケアモニタリング表が各地域でどの程度役に立つか</li> <li>・対象者の気持ちの変化があったか（栄養に関する考え方、食事の満足度、食事内容・生活全般の変化）</li> </ul> </li> </ul>

第 4 回	
議題	<ul style="list-style-type: none"> <li>■対象者 8 事例への取り組み</li> <li>■モデル事業実施の考察</li> <li>■モデル事業の実施による変化・新たな発見</li> </ul>
議事要旨	<ul style="list-style-type: none"> <li>■対象者 8 事例への取り組み               <ul style="list-style-type: none"> <li>・体重変化：維持が 3 人、増加が 5 人、減少は 0 人。</li> <li>・栄養・食事に関して改めて見直すきっかけになった人が 4 人、わからない人が 2 人、きっかけにはならなかった人が 2 人。</li> <li>・新たに利用を始めたサービスがある人が 1 人いた(食材配達サービス)。</li> <li>・全体的にみた満足度は全員が非常に満足かまあまあ満足であった。</li> </ul> </li> <li>■モデル事業実施の考察（別掲）</li> <li>■モデル事業の実施による変化・新たな発見（別掲）</li> </ul>

### (3) 参集者の意見・感想

#### モデル事業実施の考察

- 退院後の在宅高齢者のフォローのあり方の検討
  - 管理栄養士・ST など普段在宅へ行く機会がすくない専門職は訪問スタッフに同行して在宅の現場をみる必要があると感じた。
  - 退院前のカンファが退院後の在宅療養につながった。
- 専門職以外の関係者・関係機関が加わることにより、対象者抽出の視野が広がる
  - 地域包括支援センターからの情報により、BMI18.5以下の317人、少なくとも『栄養低下あり』の77人には関わる必要があると思った。
- ボランティアなどによるインフォーマルサービスとの連携が構築される（深まる）
  - 御調町は近所との絆が強く、困っているときには助け合いの精神が育まれている（差し入れ・安否確認など）
- すでに活用しているアセスメント表などの改善につながる
  - 簡易なチェックリストを利用して掘り起こしが必要
- 対象者本人が栄養の関わりを必要と思っていないことも課題

#### モデル事業の実施による変化・新たな発見

- 今まで以上に関係職種との関わりができた
- 院内 NST スタッフ側で、地域包括支援センターの活躍への認知が高まった。
- 在宅 NST という定例会議の意味がやはりあるような気がした。
- 新規事例の掘り起こしとなった。
- 院内栄養士の在宅訪問が増え、活動が活性化された。
- モニタリングの書式、内容の見直しに着手するきっかけとなった。
- BMIで事例の栄養状態を語るが多くなり介護予防事業との連携が進む印象である。

## 6. 香川県三豊総合病院

### (1) 実施体制

組織名	三観地区における在宅高齢者栄養サポート検討会	
既存組織の活用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 既存の組織を活用 (既存組織：三観地区栄養サポート勉強会) <input type="checkbox"/> 本事業のために新たに組成	
メンバーと役割 (所属・職種等)	三豊総合病院内科医	事務局・モデル事業実施
	三豊総合病院歯科医師	事務局・モデル事業実施
	三豊総合病院訪問看護ステーション看護師	事務局・モデル事業実施
	三豊総合病院管理栄養士	モデル事業実施
	三豊総合病院言語聴覚士	モデル事業実施
	三豊総合病院 MSW	事務局・会議書記
	三豊総合病院ケアマネジャー	会議メンバー
	併設老人保健施設看護師長	会議メンバー
	近隣老人保健施設管理栄養士(4施設)	会議メンバー
	近隣病院ケアマネジャー	会議メンバー
	近隣訪問看護ステーション看護師	会議メンバー
	行政所属管理栄養士(2自治体)	会議メンバー
	地域包括支援センター社会福祉士	会議メンバー
	地域包括支援センター保健師	会議メンバー
	福祉事務所管理栄養士	会議メンバー
	居宅介護支援事業所ケアマネジャー	会議メンバー
近隣病院看護師(2施設)	会議メンバー	
活用可能な地域資源	<input checked="" type="checkbox"/> 市町村の保健福祉部門 <input type="checkbox"/> 保健所・保健センター <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関： <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input checked="" type="checkbox"/> 診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センターや在宅介護支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス事業所： <input checked="" type="checkbox"/> 施設サービス <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス <input checked="" type="checkbox"/> 民生委員 <input checked="" type="checkbox"/> 食生活改善推進員 <input type="checkbox"/> 健康づくり推進員 <input checked="" type="checkbox"/> 住民ボランティア・NPO <input type="checkbox"/> その他	

既存の関連サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 配食サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 会食サービス
	<input checked="" type="checkbox"/> 栄養指導（直診で実施）	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問栄養指導
	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問歯科指導	<input checked="" type="checkbox"/> 食事や栄養に関する講座
	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔機能向上に関する講座	<input checked="" type="checkbox"/> 退院時の栄養サポート
	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者安否確認見守り事業	<input checked="" type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 特に何もない	

## (2) 取組の経緯

第1回	
議題	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 検討会の主旨・目的について</li> <li>■ 公的配食サービスについて</li> <li>■ 自己紹介・在宅高齢者の栄養面での現状について</li> </ul>
議事要旨	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 地域における高齢者の栄養面での課題等 <ul style="list-style-type: none"> <li>・（保健福祉事務所管理栄養士）保健所として、在宅栄養士の指導を行っている。</li> <li>・（地域包括支援センター保健師）昨年まで生活機能検査でアルブミン値に基づいて低栄養を把握していたが、今年から自己申告のみなので、把握も十分ではない。介護予防事業も『口腔』と『栄養』の抱き合わせで行っており、『栄養』目的の参加者は少ない。『口腔』の方にも同様の栄養指導を行っている。アンケートのみの評価なので効果が図りづらい。</li> <li>・（行政所属管理栄養士）栄養士が在宅まで把握は出来ていない。在宅状況は、包括支援センターが主に対応しているが、包括支援センターとの連携は乏しく、『介護予防事業』低栄養の方対象の教室にも栄養士の参加はしていない。在宅栄養士やヘルスマイト（食生活改善推進員）が調理実習等に関わっている地域もあるが、老人会の方針により異なる。</li> <li>・（訪問看護ステーション看護師）糖尿病や嚥下状態の低下した方が栄養面において問題となっており、必要時は三豊総合病院へ依頼し、訪問による栄養指導を行っている。</li> <li>・（訪問看護ステーション看護師）訪問看護利用者がほぼ高齢者であり、嚥下・栄養面で問題が多い。嚥下のアセスメントを実施し、問題があれば食事方法・形態を指導しているが、家族の状況により受入に差がある（病院退院者と在宅生活継続者とで異なる）。今後の課題として、介護者側への働きかけ（調理実習やとろみの付け具合の指導など）を行う仕組みが必要である。</li> <li>・（訪問看護ステーション看護師）困った時は管理栄養士に相談を行い、同行して指導することもあるが、老々介護などで助言に対応できないケースも多い。施設で行っていることをそのまま在宅で行うのは無理なので、在宅でもしてもらうにはできるだけシンプルにしてあげたいが、費用が発生するなど問題もある。</li> <li>・（居宅介護支援事業所ケアマネジャー）在宅の環境・介護力・意向にあわせ、栄養に偏りがみられる場合は、栄養に配慮しながらサービスのコーディネートをしている。具体的に利用しているサービスとして</li> </ul> </li> </ul>

	<p>は、通所サービスや訪問介護・配食サービスなどがあり、配食サービスは配達区域によるが、糖尿病食や腎臓病食などの対応も可能。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・(居宅介護支援事業所ケアマネジャー) 通所サービスでは、特定高齢者に対してセルフケアが出来る様に栄養士が指導を行っている。しかし、継続して介入することが難しい。退院後、栄養指導を受けて帰るが、継続して自己管理を行う事は難しい。</li> </ul>
--	--

### (3) 参集者の意見・感想

- 在宅で独居・高齢者のみ世帯など介護が難しい中、工夫して取り組んでいる情報を一元化し、地域へ情報提供していく。
- 食事栄養連絡票として、医療機関から医療機関および施設へ移る場合に利用している香川シームレス研究会のシームレスパスのシートが在宅まで継続して回っていくシステムの普及が必要。
- 食事を提供したり、食事内容を把握したり、在宅でのサービスの中で多く関わるのはホームヘルパーだと思われる為、『やわらか食』の提供など、ホームヘルパーへの指導体制が構築できるように取り組むことも課題。
- 以上のようなことを三豊観音寺地域で行政、医療機関、介護保険施設、ケアマネジャー、地域ボランティア、民間の宅配業者、食品メーカーなど様々な職種で情報共有しながら継続して行っていくことが重要。

#### 行政からの意見 (現状と課題)

<b>配食サービスの問題点</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 社会福祉協議会における配食サービスがあるが65歳以上の独居高齢者に限られる</li> <li>◆ 高齢者向けの配食サービスは、元気な高齢者には量が少ない、美味しくない等の意見</li> <li>◆ 配食サービスは、行政としても情報がまとまっていない為、事業所からの行政へ連絡が入れればとりまとめがしやすい。</li> </ul>	<b>市役所と地域包括の連携不足</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 包括支援センターと健康増進課との連携は乏しく、『介護予防事業』低栄養の対象の教室にも栄養士の参加はない</li> </ul>
<b>マンパワー不足</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 2市とも栄養士の配置は1名のみで在宅まで把握は出来ていない。</li> </ul>	<b>訪問介護(好きな食材を選びたい)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 訪問介護サービスで本人が同行しての買い物を利用できない</li> </ul>
<b>指導者の養成</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 保健所として、在宅栄養士の指導をしている</li> <li>◆ 在宅栄養士やヘルスマイトが調理実習等関わっている地域もある</li> </ul>	<b>介護予防事業の成果がみえない</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 特定高齢者の把握が十分でない</li> <li>◆ 『栄養』目的の参加者は少ない、効果が図りづらい</li> <li>◆ 介護度が重くならない様に、食事についてのパンフレットを渡すなどの取り組み</li> </ul>

#### 訪問看護ステーションからの意見 (現状と課題)

<b>病態や嚥下状態による栄養問題が多い</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 訪問看護利用者がほとんど高齢者であり、糖尿病や嚥下状態の低下した方が栄養面において問題となっている</li> </ul>	<b>家族の受け入れが困難な場合もある</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 家族は終口摂取への希望が強く、摂取量の確保が難しい</li> </ul>
<b>高齢者世帯で助言に対応できない</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 高齢者の独居、老々介護などで助言に対応できないケースも多い</li> <li>◆ すっと居宅にいて徐々に状態が低下したり、家族が高齢者のみであったりした場合は、理解が難しい</li> </ul>	<b>介護者側への働きかけ(調理実習やとろみの付け具合の指導など)を行う仕組みが必要</b>
<b>施設で行っていることをそのまま在宅で行うのは無理なので、在宅でもらうにはできるだけシンプルにしてあげたいが、費用が発生する</b>	<b>経済的な問題</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 経済的な問題で家族の受け入れが悪い</li> </ul>

#### ケアマネジャーからの意見 (現状と課題)

<b>継続性に問題がある</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 退院後、栄養指導を受けて帰るが、継続して自己管理を行う事は難しい</li> <li>◆ 通所サービスでは、特定高齢者に対してセルフケアが出来る様に栄養士が指導を行っている。しかし、継続して介入することが難しい</li> <li>◆ 院内の管理栄養士に相談し、高カロリーゼリーなどを検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 配食サービスは、材料のみ送るところ、冷凍で送ってくれるところ、弁当を配達してくれるところなどがある</li> <li>◆ 配食サービスは配達区域によるが、糖尿病食や腎臓病食などの対応も可能</li> <li>◆ 在宅の環境・介護力・意向にあわせ、栄養に偏りがみられる場合は、栄養に配慮しながらサービスのコーディネートをしている</li> </ul>
---	---

**食品会社 (クリニコ)**

- ◆ 事業所とのコラボを図っている。
- ◆ 冷凍食品の配食サービスもあるが、病態に合わせた食事内容の提供や『やわらか食』への対応を模索している

#### 介護保険施設 (通所ケア) からの意見 (現状と課題)

<b>特定高齢者の件数が少ない (通所)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 特定高齢者で依頼があれば対応しているが、件数は少ない</li> </ul>	<b>管理栄養士のマンパワー不足</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 管理栄養士が1人のみで、ほぼ関わっていない</li> <li>◆ ケアプランにも参加していない</li> </ul>
<b>老健から自宅に帰るケースが少ない</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 入所者が在宅へ帰るケースが少ない</li> </ul>	<b>嚥下機能に問題がある入所者は多い</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 入所者半数がトロミを要する</li> </ul>
<b>経済的問題で受け入れ困難</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 栄養改善には金銭的な問題もあり、受入困難なケースが多い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 在宅へ帰る場合、宅配を利用する方が多い</li> <li>◆ 在宅復帰時は家族指導を行っている</li> <li>◆ 外泊時も指導及びレトルトの情報提供</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 入所計画表をつくってスクリーニングしており、調理・栄養指導を入所計画表に入れている</li> </ul>	

## 7. モデル事業のまとめ

### (1) 実施体制

本事業の実施に当たっては、まず地域における食事・栄養サポートについて検討するための組織の組成を依頼したが、本事業のために新たに組成した施設が2施設、既存の組織を活用した施設が3施設であった。

ただし、既存の組織を活用した施設においても、本事業の実施に当たり、活用した組織に新たに関係職種の協力を得て実施していた。

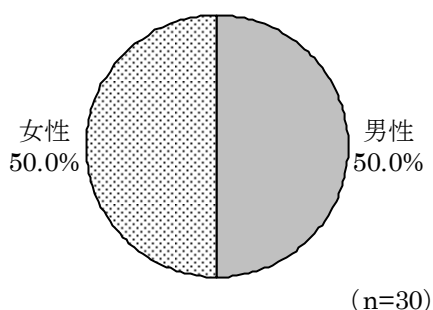
図表 5-2 モデル事業実施施設における実施体制

都道府県	施設名	実施体制
千葉県	鋸南町国保鋸南病院	本事業のために新たに組成
福井県	おおい町国保名田庄診療所	既存の組織を活用
京都府	京丹後市立久美浜病院	本事業のために新たに組成
広島県	公立みつぎ総合病院	既存の組織を活用
香川県	三豊総合病院	既存の組織を活用

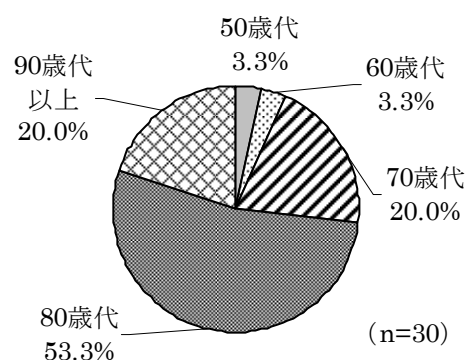
### (2) 対象者の属性

対象者の性別・年齢をみると、男性と女性は50.0%ずつであった。年齢層については、80歳代が53.3%で最も多く、次いで70歳代と90歳代以上の20.0%であった。

図表 5-3 対象者の性別



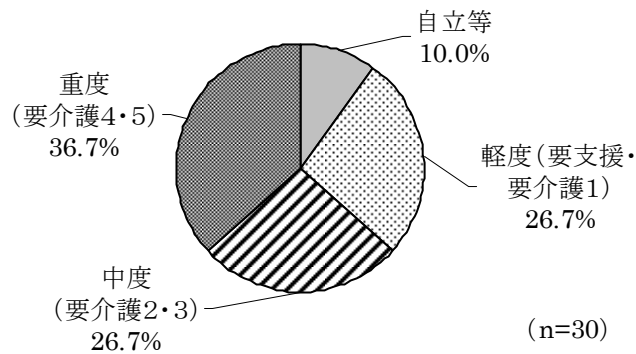
図表 5-4 対象者の年齢層





対象者の要介護度をみると、「重度（要介護4・5）」が36.7%で最も多く、次いで「軽度（要支援・要介護1）」「中度（要介護2・3）」がそれぞれ26.7%であった。これを細かくみると、要介護5が33.3%で最も多く、次いで要介護2の20.0%、要介護1の16.7%であった。なお、認定を受けていない対象者や自立認定を受けた対象者も10.0%であった。

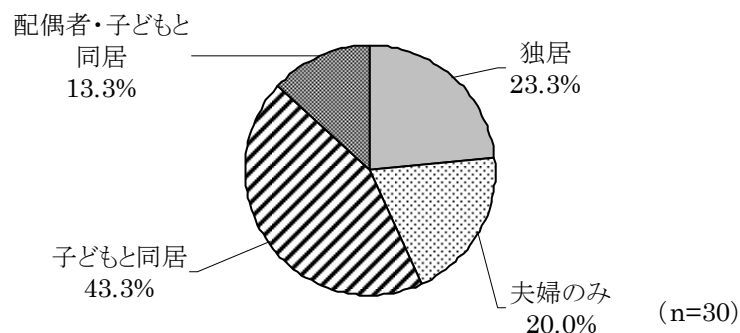
図表 5-5 対象者の要介護度



	認定なし	自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
件数	30	2	1	0	3	5	6	2	10
構成比	100.0%	6.7%	3.3%	0.0%	10.0%	16.7%	20.0%	6.7%	33.3%

世帯類型をみると、子どもと同居している世帯が43.3%で最も多く、次いで独居が23.3%、夫婦のみ世帯が20.0%であった。

図表 5-6 対象者の世帯類型



### (3) アセスメントの結果

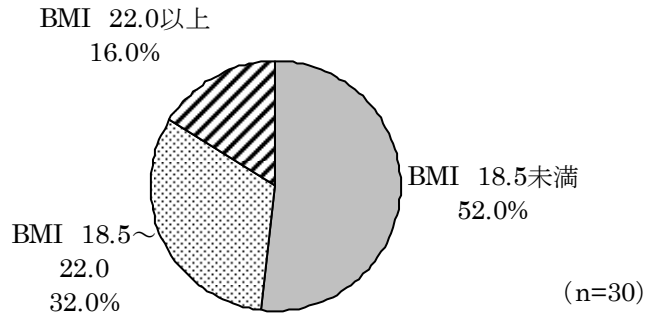
対象者のアセスメント結果をみると、「横になる時間が長くなった」(50.0%)、「食事中にむせたり咳き込むことがある」(45.8%)に「チェックあり」の割合が高くなっている。次いで「買い物に行けない、困難である」「調理できない、困難である」がそれぞれ41.7%、「やせてきた(体重減少)」「最近元気がなくなってきた」「家族と同じものが食べられない」がそれぞれ37.5%であった。

図表 5-7 アセスメントによりチェックがついた割合

	チェックあり
<b>A) 食材・食品の調達、調理</b>	構成比
<input type="checkbox"/> 1.食費や食費管理の問題がある	12.5%
<input type="checkbox"/> 2.買い物に行けない、困難である	41.7%
<input type="checkbox"/> 3.調理できない、困難である	41.7%
<b>B) 体格や外表</b>	
<input type="checkbox"/> 1.やせてきた(体重減少)	37.5%
<input type="checkbox"/> 2.むくみがある	12.5%
<input type="checkbox"/> 3.床ずれがある	12.5%
<b>C) 活動性や胃腸症状</b>	
<input type="checkbox"/> 1.最近元気が無くなってきた	37.5%
<input type="checkbox"/> 2.口数が少なくなった	29.2%
<input type="checkbox"/> 3.横になる時間が長くなった	50.0%
<input type="checkbox"/> 4.寝たきりである	37.5%
<input type="checkbox"/> 5.食欲の低下	37.5%
<input type="checkbox"/> 6.下痢、便秘、嘔吐がみられる	29.2%
<b>D) 咀嚼・嚥下について</b>	
<input type="checkbox"/> 1.家族と同じものが食べられない	37.5%
<input type="checkbox"/> 2.食べ終わるのに時間がかかるようになった	29.2%
<input type="checkbox"/> 3.食事中にむせたり咳き込むことがある	45.8%
<input type="checkbox"/> 4.薬を飲んだ時にのどにひっかかったりする	25.0%
<input type="checkbox"/> 5.話をすると顎(あご)やのどが疲れる	0.0%
<input type="checkbox"/> 6.義歯(入れ歯)をしているけど合わない	8.3%
<input type="checkbox"/> 7.奥歯のかみ合わせ(義歯を含む)ができない	8.3%
<input type="checkbox"/> 8.歯科診療を受けにくい(地理条件、家族条件)	12.5%

また、BMI の分布を見ると、「18.5 未満」が 52.0%で半数以上を占め、次いで「18.5～22.0」が 32.0%、「22.0 以上」が 16.0%であった。

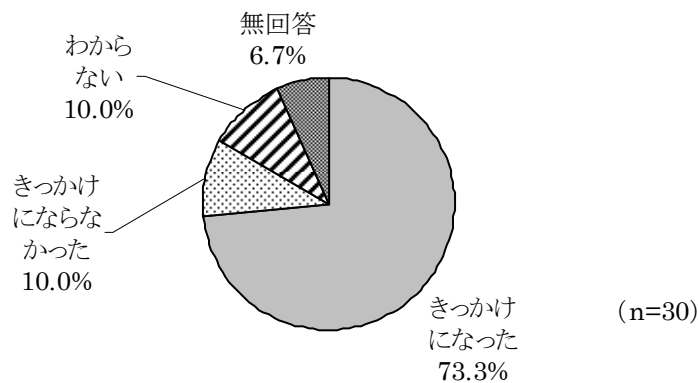
図表 5-8 対象者の BMI の分布



#### (4) モデル事業の実施効果：対象者の満足度

モデル事業に参加した 30 名について、自分の食事・栄養のことを見直すきっかけになったか否かを聞いたところ、「見直すきっかけとなった」対象者が 73.3%であり、このような取組が、高齢者本人や主たる介護者等の、栄養に対する関心度合いを向上させることが伺われた。

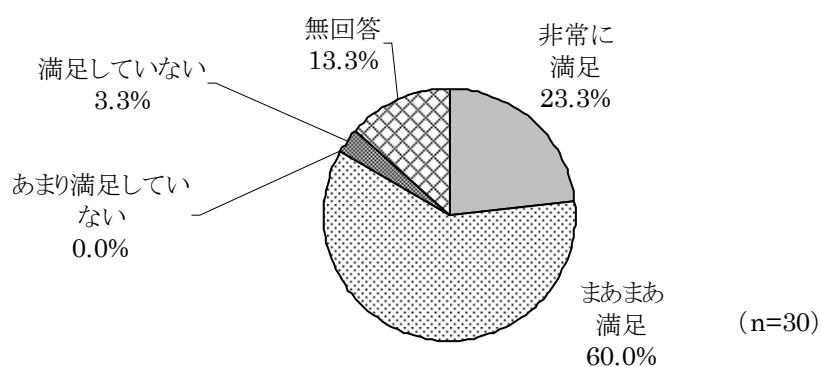
図表 5-9 モデル事業参加による食事・栄養の見直し効果の有無



また、30.0%の対象者が、配食サービスや通所サービス、ホームヘルパーによる調理、栄養指導、口腔機能向上の教室、そして歯科受診等のサービスを新たに利用し始めていた。

最後に満足度については、「非常に満足している」(23.3%)、と「まあまあ満足している」(60.0%)で8割を超えており、満足していない対象者はごく僅かであった。このことから、このような取組が、高齢者本人や主たる介護者等の、栄養に対する関心度合いを向上させ、さらに満足度も高いことが伺われた。

図表 5-10 モデル事業参加者の満足度





## 第6章

### ヒアリング調査結果

---



---

# 1. ヒアリングの概要

---

## (1) ヒアリングの目的

モデル事業実施施設に対して、ネットワーク構築上の課題やその解決策を把握するためのヒアリング調査を実施する。

## (2) 調査内容

- 地域における栄養・食事に関する問題点、課題
- モデル事業の実施による効果
- モデル事業の特徴
- 具体的事例
- 地域における栄養サポート体制構築に当たっての課題と方向性

## (3) ヒアリング対象とヒアリング日時

都道府県	施設名	ヒアリング日時
千葉県	鋸南町国保鋸南病院	平成24年2月 2日
福井県	おおい町国保名田庄診療所	平成24年2月13日
京都府	京丹後市立久美浜病院	平成24年2月 1日
広島県	公立みつぎ総合病院	平成24年2月 3日
香川県	三豊総合病院	平成24年2月16日



---

## 2. 千葉県鋸南町国保鋸南病院

---

### (1) 地域における栄養や食事に関する課題や問題点

高齢により下肢の筋力は低下し、歩行困難となり、車の運転免許も返還せざるを得ない状況にもなり、スーパー等への買い物にも行けなくなるケースがある。今後もこのような方々は増えていくと考えている。

食材を配達してくれる商店もあるが、買い物の量も少ないため、気兼ねがあるようである。生協が配達してくれるサービスもあるが、1週間前に注文しなければならない、必要な食材に印をつけなければならないこと等もあり、利用している方はごく一部にとどまっているようである。

栄養面について在宅で観察できるのは、顔色や体重、食事の摂取状況、反復唾液のチェック程度である。しかし食事の摂取状況は聞き取りが主となり、曖昧になってしまう。やはり客観的なデータ（血液検査データ等）が必要である。

### (2) モデル事業に取り組んだ効果

関係者間で情報交換をすることで、一人ひとりに合ったサービス提供の仕方を工夫することができた。例えば配食サービスに鉄補給飲料を併用したり、介護放棄が疑われる対象者については血液検査データで身体状況を確認できたり、嚥下困難で医療が関わっているケースに介食教室への参加を促すことができた。関わる側が共通理解をもって対象者に接することが、対象者にとって安心感が得られているようであった。

連携体制についても、これまでの地域包括支援センターと社会資源という連携に、国保病院が加わって月1回の会議や電話連絡による連携を図ることができた。

ただ、今回のモデル事業において大変だったのは、介護者からの情報を得ることであった。本人からだけの情報では不確かなものがあるので介護者に確認を取ろうと思っても、ご家族の場合は働いていたりしてなかなか話ができなかったり、介護保険サービスを利用している場合はまず訪問介護がいつ入るのかの確認をしてからの調整だったり、非常に大変であった。ケアマネジャーが積極的に調べてくれたおかげで対応することができた。

### (3) 今後の取組の方向性

地域の高齢者の場合、栄養面の低下はその方のおかれた環境で大きく左右され、本人・家族がその要因を認識できておらず、医学的なデータをみることで身体状況が確認でき、ケアの方向性を再認識することができた。

栄養面でのサポートにおいては、医療や在宅の現場での連携が必要であると改めて感じた。

対象者の抽出については血液検査データの活用が望ましいが、今回連携した国保病院の患者については可能であろうが、他の医療機関にかかっている患者についての対応は今後の課題である。

また介護者への介入も課題の一つである。年に1回、バスを貸しきって介護食の展示会に行き、実際に介護者に介護食を体験してもらっており、毎回、満席になるくらいの参加者がいる。それと、講話と調理実習も年に1回行っている。これらには、ヘルパー事業所にも声をかけ、代表の方に来ていただくようにしている。しかし今回のモデル事業のようなケースでは、例えば病院の外来時に何らかの指導をしてようとしても、ヘルパーが連れてくるケースが多いので、実際に家族に接することは難しい。

### 3. 福井県おおい町国保名田庄診療所

#### (1) 地域における栄養や食事に関する課題や問題点

食材の調達に関して、地域内の小売店が年々減少しているため、高齢者が自ら出かけて行って買い物ができる場所が減ってきている。その部分を解消するため、移動販売業者に対して、どうにか地域内くまなく行ってもらえるよう、調整している段階である。ただしそのようにしても、今度は、移動販売車まで歩いていけない、等の課題は残ってしまう。中には自宅まで運んでくれる業者もいるようである。

また、名田庄地区はひとり暮らし高齢者世帯、高齢者のみ世帯の割合が非常に高く、現在でも栄養バランスがどうなっているのか心配になるケースもある。特に認知症の症状がある方については心配で、今後はより大きな課題になってくると考えている。

ただ、地域内のつながりが強く、おっそ分けのような慣習が残っていたり、子どもが宅配便で送ってくるようなケースも多いようである。実際、今年の大雪で食材調達が困難になっているのではないかと考え、各戸に電話連絡をしたが、ほとんどが食材調達には困っていないようであった。

なお、配食サービスについては社会福祉協議会が行っているが、週に1回、安否確認を兼ねたものであり、栄養的な視点でのサービスとはなっていない。

#### (2) モデル事業に取り組んだ効果

一番の成果は、社会資源を発掘することができたことである。特に歯科との連携を強化することができた。

例えば、今までも患者の紹介という点では連携を取っていた歯科診療所の歯科医師にも今回のモデル事業に参加してもらったが、在宅については特に連携は取っていなかった。一緒に在宅の高齢者に訪問してもらい、口腔内に出血があるケースを診てもらったが、これを期に今後、訪問歯科診療に取り組んでもらえそうである。

また通所サービス利用中の方への歯科診療は認められていないが、通院手段のない方にとっては、通所サービスのついでに、隣にある歯科診療所で受診することができれば、より効果的なケアができると思い、関係者に相談したところ、通所サービスについては送りだけやってもらって、通所サービス終了後に歯科受診をし、帰りは町の送迎サービスを利用できることとなった。

さらに、どうにか歯科診療所まで来ても、診察台への移乗が困難な身体状況の方がいたが、そのことについて相談したところ、歯科衛生士がホームヘルパー2級の資格を有していることが分かり、安全に移乗させることができた。

これらに加えて、地域内には言語聴覚士はいないが、近接の地域の病院にはおり、県の補助事業で来てもらうことも、今回の事業に取り組む中で分かったことである。この言語聴覚士との連携により、嚥下障害についての正確な判断も行ってもらうことができた（食事時にむせがあるので嚥下障害と考えていた対象者が、実際には嚥下障害ではなく集中力がないためのむせであったことが分かり、ケアの方針が変わった）。

### （3）今後の取組の方向性

前述の通り、今回のモデル事業に取り組む中で、様々な社会資源を発掘することができた。特に歯科診療所との連携が強化されたことは大きかった。

また、これまでも通所サービスの利用者について体重の変化については把握し、ケースカンファレンスの中で話題としていたが、体重の変化と栄養面での状況とを組み合わせる視点は欠けていた。今後は体重変化について多角的に検討していくことが、参加者の中で共通認識として持つことができた。

そして、県の事業を通じて連携を取ることのできた言語聴覚士については、今回の取り組みの中で「顔のみえる」関係を構築することができたので、今後、この地域の方が近接地域の病院に入院したり、またこちらに戻ってきた際、気軽に状況を聞くことができるようになった。

栄養をきちんと取るためには、嚥下障害の有無をきちんと見極める必要があることが再認識されたが、この地域にはそのための設備がない。現在、今回連携を強化した歯科医師との間では、機材を購入し、一緒に勉強し、取り組んでいこうという話になっている。

---

## 4. 京都府京丹後市立久美浜病院

---

### (1) 地域における栄養や食事に関する課題や問題点

京丹後市内 6 町（峰山町、大宮町、網野町、丹後町、弥栄町、久美浜町）の高齢化率は 25～35%、独居世帯は町によって約 350～750 世帯と町によってばらつきがある。市内でも久美浜町、丹後町、弥栄町の一部は民間業者が少ないエリアである。

生活機能評価のほか、平成 22 年度に二次予防対象者に対して検査を行ったところ、血清アルブミン値から 65 歳以上人口の 1.3%に潜在的低栄養の可能性が見られた。

全市で 249 名の高齢者が配食サービス（食の自立支援事業）を利用している。このうち介護認定を受けている人は約半数である。また、特に特別食の場合、独居高齢者に限らず家族と同居している利用者も多い。

現在、栄養支援センターの施設運営費を含めて年間約 9,000 万円の事業費用がかかっており、また利用者が居住する地域によって配食の内容や頻度、利用料などにばらつきが生じているなどの課題がある。各町で行われてきた取組の良い部分を活かし、サービスの質を担保しながら、食の自立支援としての配食のあり方について改めて検討を行う必要がある。

### (2) モデル事業に取り組んだ効果

退院患者に対しては家族にきてもらい、きちんと栄養指導をしているが、実際に家に戻ると、家では何を食べさせたらよいのか、といった質問もきかれることがある。今回のモデル事業で、栄養士にも在宅を訪問してもらったが、病院できく説明よりも理解しやすいようである。その意味でも、栄養士が在宅を訪問する意義が確認することができた。

実際、介護者の方は「この食事でよいのか」という不安を抱えながら介護をしているが、そこに栄養士が訪問して助言するだけで、介護者の不安感は軽減され、気が楽になったようである。

また今回のモデル事業では、栄養補助食品を積極的に活用したが、これは単に対象者の栄養改善に役立つだけでなく、介護者の介護負担の軽減にもつながることが確認できた。

連携体制については、普段顔を合わすことのない関係職種と意見交換、情報交換をすることができた。

### (3) 今後の取組の方向性

この地域では、京丹後市では平成 17 年 7 月に、地域 NST 研究会を立ち上げ、地域におけるネットワークの構築に取り組んできた。この 1 年間はその活動は休止していたが、多くの関係者が集まれる場として、3 月から再開することとなった。地域のネットワークを再構築して情報を共有し、地域の中で同じ方向に向かっていきたい。

また一人の在宅高齢者が、訪問介護や訪問看護を利用している場合、多くの場合は同じヘルパーや看護師が訪問するのではなく、その時々で訪問する人が変わってしまうのが現状である。これはマンパワー不足が影響しているようである。しかし、特に食事を作るという点では、ヘルパーの栄養に対する理解度にも差があったり、食材の形態が全く違ったり、トロミの付け方が違ったりと、対応が統一されていないケースもある。一貫して同じものを提供するためにも、チームをつくって情報を共有化し、その人に合った食形態をつくっていかないといけない。

関連する事項としては、モニタリングの課題もある。訪問看護師やケアマネジャーといった、知識のある職種が継続してモニタリングすることにより、対象者の微妙な変化にも気づくことができるはずである。

連携体制については、普段顔を合わすことのない関係職種との意見交換・情報交換ができたことはよかったが、どうしても予算や費用が取組を進める際のネックとなってしまふという点も課題として残された。

---

## 5. 広島県公立みつぎ総合病院

---

### (1) 地域における栄養や食事に関する課題や問題点

旧御調町の高齢化率は31.4%（平成20年4月）で、高齢者のうち一人暮らしもしくは二人暮らしの割合は13%である。

買い物については不便な環境にある人も少なくない。食材を配達してくれるサービスや配食サービスの利用も可能ではあるが、実際には利用できるのは一部地域であるため利用者は少ない。

尾道市北部エリア内で調査した介護予防基本チェックリストよりBMIを集計した結果（回答数：男性1303、女性1638）、65歳以上でBMI18.5未満の人の割合は、男性に比べ女性の方が高かった（男性5.8%、女性10.0%）。これを年齢階層別にみると、65～74歳では5.6%（男性4.3%、女性6.6%）であるのに対し、75歳以上では10.9%（男性7.5%、女性13.7%）となり、85歳以上では男女とも1割を超えていた（男性11.3%、女性18.5%）。

またその割合を世帯構成（同居家族数）でみると、女性の場合は家族数と関係なく概ね10%程度であったが、男性は一人暮らしが7.5%、二人暮らしが4.7%、三人暮らしが5.8%、四人以上暮らしが4.8%と、一人暮らしにおいて高い傾向にあった。

### (2) モデル事業に取り組んだ効果

管理栄養士、言語聴覚士など、普段在宅へ行く機会が少ない専門職は、訪問スタッフに同行して、在宅の現場を見る必要があると感じた。また、対象者が栄養のかかわりを必要とっていないことも、少し課題になるのではないかと感じた。

また、連携体制はこれまでに構築されていたが、今回のモデル事業への取組により、今まで以上に関係職種とのかかわりが深まったように感じた。院内NSTスタッフ側で、地域包括支援センターの活躍への認知が高まった。在宅NSTという定例会議を行っている意味があると感じた。さらに、専門職以外の関係者・関係機関が加わることにより、対象者抽出の視野も広がったし、インフォーマルサービスとの連携が構築されると感じた。

さらに、すでに院内で活用しているアセスメント票などの改善にもつながり、簡易なチェックリストによる対象者の掘り起しが可能になるのではないかと思う。

### (3) 今後の取組の方向性

定期的に、継続的なかかわりが必要だということと、病院のNSTが軸となって、地域での取組のあり方を導くことが必要だということと、潜在的な栄養リスクの掘り起こしが必要であるということ、これらが、今後取り組むべき課題である。

また、在宅の実情がよくわかるホームヘルパー、訪問スタッフとの連携を強化することも必要であろう。関係職種に対して栄養支援の重要性を幅広く啓発するということと、NSTの勉強会を充実させることが必要である。

さらに住民への啓発としては、病院が行っている集会所へ出向く健康教育等の場を活用した啓発、地域の食生活研究グループと一緒に挙行する講習会を利用した啓発が必要なのではないかと思っている。それと、住民参加型の勉強会等を開催し、日常生活に沿った具体的な研修も必要なのではないかと思っている。

そして対象となった方に対しては、継続管理の工夫として現在も行っている、栄養サポートチームからのお知らせとしての在宅生活におけるアドバイス（調理の工夫、食べ方、嚥下、咀嚼）を必ず持って帰ってもらうようなことも必要である。



## 6. 香川県三豊総合病院

### (1) 地域における栄養や食事に関する課題や問題点

制度的な課題として、特定高齢者事業が2次予防事業となって生活機能評価が必須ではなくなったことから、血清アルブミンの値が分からなくなり、栄養改善事業の対象者が減少してしまった。どちらかと言うと、低栄養ではなく栄養過多（血圧が高かったり体重が増えていたり）の高齢者も多いが、なかなか関心をもってもらえない。

逆に、在宅でも何か病気をもって通院しているが、何を食べてらいいか等について誰かに聞いたり指導を受けたいと思っても、どこに行けばよいか分からないのが現状である。

また訪問診療時にもこれまで栄養面での確認はあまりなされてこなかった。栄養に関する問題点は、こちらから聞き出そうとしないとなかなか浮かび上がってこないのではないかと。

さらに病院を退院したり施設を退所する際に、栄養士等が家族にアドバイスはしているが、すればするほど家族の負担が増えるので、なかなかうまく進められていない。

### (2) モデル事業に取り組んだ効果

連携体制については、従来より取り組んできた、三豊・観音寺地区地域NST勉強会を活用した。

ただ最近では、NST活動が院内での対応に追われており、在宅療養者の栄養サポートについて地域の中で話し合う機会がなかったが、今回のモデル事業によりを期に、在宅訪問している全ケースについて、管理栄養士が内科医に同行し、対象者の栄養状況を聴取し、必要時に管理栄養士が在宅療養者の栄養相談を実施できる体制を整えた。同時に、関係機関と在宅療養者の栄養サポートについて話し合う機会があり、地域内の問題点も把握することができた。

地域分析の一環で、配食サービス事業者の一覧を作成した。これまでも地域内にある事業者については地域包括支援センターに情報が一元化されていたが、近隣地域に所在して、この地域にまで配達してくれる事業者についての情報は収集・整理していなかった。この一覧をまとめることで、病態食等にも対応している事業者がいることも分かった。

また、管理栄養士による在宅栄養相談という制度がありながら十分に活用されていないことから、ニーズの所在を把握するために、簡単なアンケート調査を実施した。

さらに毎年病院が開催している健康フェアにおいて、今年度は「みんなで支えよう高齢者の食生活」というテーマで開催することとした。

**健康フェア 2012「みんなで支えよう高齢者の食生活」**

講演 1：見直してみましようあなたの食生活

講演 2：安全にしっかり食べていきいき生活

講演 3：お口が寝たきりにならないために

講演 4：高齢者と嚥下～とろみについて考える～

### (3) 今後の取組の方向性

情報の共有化については、香川シームレス研究会の医療・介護連携シート、介護・医療連携シート、在宅パス等を有効に活用していきたい。また、来年度からは、地域内の医療機関、事業所等でインターネットを利用した情報共有ネットワーク体制も整備される予定である（新・地域医療再生計画事業を活用）。

また在宅高齢者に対する栄養相談に関しては、管理栄養士が自宅へ直接訪問して、食事内容の確認やアドバイス、簡単な調理実習を行うサービスを開始する予定である。

さらに、地域ではヘルスマイト（食生活改善推進員）の養成が行われており、養成されたヘルスマイトは、公民館活動の中での給食・配食サービスにボランティアとして参加したり、月 1 回の料理講習を開催したりしている。高齢者に特化した活動ではないが、このような地域における草の根の活動とも連携していくことが必要である。

---

## 7. 今後の取組の方向性について

---

### (1) 関係機関・関係職種との連携の効果

多くの施設においては、これまでも地域内の社会資源との連携による取組を行っていたが、今回のモデル事業では、「在宅」「栄養」をキーワードとしたことにより、新たな連携先とのネットワーク作りにも取り組んでもらった。

その結果、

- ・対象者抽出に当たっての視野が広がった
- ・対象者に対するケアに関してより効果的な方法を取ることができた
- ・関係者間の情報共有によって一人ひとりの状態にあったサービス提供ができた
- ・関係者間の問題意識が共有化されていることで対象者に安心感を与えられた

等の効果がみられた。

しかし同時に、「関係機関・関係職種との温度差も感じた」という感想も聞かれ、在宅高齢者に対する食事・栄養サポートの必要性に関する啓発の必要性が伺えた。また、「マンパワー不足の中での手探りの取組は逆に不安を感じる」という意見もあり、必要性に関する啓発のみならず、マンパワー不足の場合の対応例等に関する情報発信の必要性も伺えた。

### (2) 本人・家族に対する啓発の必要性

食事・栄養サポートに関係する機関・職種においてはその必要性が十分に理解されたとしても、対象者本人やその家族においては、なかなか理解されないケースもあったようである。実際、その理解に時間が費やされ、サービスになかなか結びつかなかったケースもあった。

そのための方策としては、住民が集まる場（健康教室等）における啓発活動の必要性等が指摘されていた。また、単に必要性を説くだけでなく、血液検査のデータ等をもとに説明したほうが効果的ではないか、病院や施設での説明ではなく自宅での説明の方が緊張感なく聞いてもらえ理解されやすいのではないかと、といったアイデアも提示された。

## 第7章

# 栄養サポートシステム構築に 向けた課題

---



## 1. 取組意向における変化

国保直診において、何らかの形で在宅の高齢者に対する栄養・食事に関するサポートを行っている割合は26.3%であった。平成20年度に、在宅の患者に限って実施率を調査した際は28.9%であり、実施率については同水準であった。

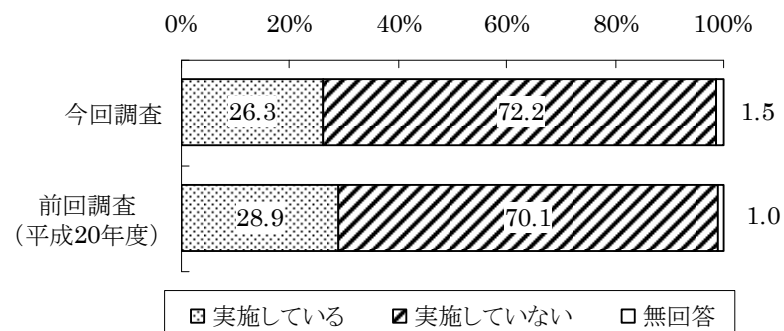
しかし実施している場合の体制については、「チームによる支援」が45.2%と、平成20年度に実施した調査時の38.8%と比べ6.4ポイント増加していることから、職種関連携による取組が多少ではあるが進んでいる様子が伺える。

また、実施していない施設に対してその必要性をきいたところ、「必要性は感じるが施設の事情により困難な状況である」が最も多く（45.1%）、次いで「現在行っていないが今後実施にむけ前向きに検討したい」であった（29.2%）。

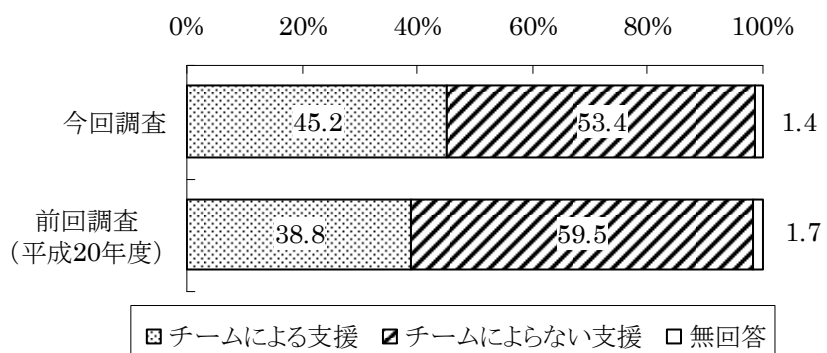
ただし、取組を困難にしている「諸般の事情」については、そのほとんどが、「人材不足（人員不足・職種不足）」に集約される。これは平成20年度の調査と同様であった。

もともと、先進的な取組を行っている施設や、今回モデル事業を実施した施設においても決して、全ての職種が豊富に存在する訳ではなく、不足する部分については、まさしく「連携」によってカバーしている例もみられることから、そのような例を参考に取組を進めていけるような情報提供等が必要であろう。

図表 7-1 在宅の高齢者に対する栄養・食事サポートの実施状況



図表 7-2 在宅の高齢者に対する栄養・食事サポートの実施体制



## 2. 栄養・食事サービスの提供体制構築の方向性

### (1) 在宅高齢者一人ひとりの状態にあった栄養・食事サービスのあり方

栄養・食事サービスを提供するに当たっては、一人ひとりの栄養状態や「食べる」能力の違いによって、提供される食事内容が異なるべきである。しかし、例えば配食サービスにおいては、利用要件を満たした高齢者に対して同じ内容の食事が提供されているケースが多かったり、訪問介護員による調理についても、訪問するスタッフの栄養に関する知識等の違いによって、一人ひとりの栄養状態に応じた提供がなされていないケースもあるという。

今回のモデル事業においては、多くの施設で、管理栄養士が在宅の高齢者を訪問し、本人や家族に対して栄養に関する指導・助言を行ったり、要介護高齢者の調理を行っているホームヘルパーからの相談に乗り、助言することにより、一人ひとりの状態像に応じた栄養・食事の提供につながる取組がなされた。

また先進地域として訪問した京丹後市では、配食サービスの利用希望者の自宅を訪問してアセスメントを行い、利用の可否を判断すると同時に、どのような形態の食事の提供が望ましいかを判断していた。

このように、一人ひとりの状態像に応じた栄養・食事の提供に当たっては、管理栄養士に期待される役割が大きいですが、多くの場合は施設や医療機関に所属しており、在宅への訪問が十分に行えるわけではないのも事実である。

この点についてヒアリングにおいては、高齢者の状態像に応じて、管理栄養士が直接関わったり、在宅介護において栄養面で中心的な役割を担うサービス提供者（例えば介護ニーズが相対的に高い場合はホームヘルパー、医療ニーズが高い場合には訪問看護師）に対する指導を行うことで、それらの職種の栄養に関する理解を深め間接的に在宅高齢者への取組を進めていったり、地域における栄養に関する住民組織等への指導を行ったりと、重層的な取組を進めることで管理栄養士をより有効に活用できるのではないか、という示唆を得ることができた。

なお、在宅高齢者一人ひとりの状態にあった栄養・食事サービスを提供するためには、関係する職種が問題意識を共有して対応することが不可欠であり、今回のモデル事業においても、そのことが利用者・家族に対して安心感を与えることに繋がっていた。この点については、介護・医療の両分野において在宅重視の方向性が示されており、平成24年度の介護報酬改定においても、「基本的な考え方及び重点課題」として「医療と介護の役割分担・連携強化」が掲げられ、医療連携加算（平成24年度より入院時情報連携加算に）や退院・退所加算について算定要件や評価の見直しが行われるとともに、緊急時等居宅カンファレンス加算が創設された。また要支援者や二次予防対象者については、「介

「介護予防・日常生活支援総合事業」が創設され、自立と要支援認定を繰り返す高齢者等に対して、市町村の判断に任されてはいるが、配食サービス等に取り組みやすい環境も整備された。このように整備が進む制度も有効に活用していく必要がある。

## (2) 「食べる」ための能力の維持・向上に向けた取組のあり方

加齢によって自然に、「嚙む」「飲み込む」といった食べるための能力が低下することは否めないが、そのことが結果的に低栄養をもたらすケースもある。つまり、在宅高齢者に対する栄養・食事サービスの確保・提供においては、この「食べる機能」の維持・向上に関する取組も含まれていなければならない。

そこで今回のモデル事業においては、なるべく歯科専門職やリハビリ専門職との連携について取り組んでもらった。また対象者の選定においても、嚥下機能の低下がみられる方に対する取組を進めてもらった。

その結果、これまで患者の紹介等では協力・連携を取ってきた開業の歯科医師が訪問診療に興味をもってくれるようになり、嚥下機能の評価にも今後取り組んでもらえるようになったケースや、言語聴覚士の関与によって嚥下機能の評価を行うことができ、栄養・食事サービスの提供方針に影響を及ぼしたケース等があった。

このようなことから、栄養・食事を摂取するための最初の行為とも言える、「食べる」ための能力の維持・向上については、言語聴覚士等のリハビリ専門職や歯科専門職が関与することが、より効果的なケアに繋がることから、栄養・食事サービスの提供においては、是非ともこれらの職種との連携が望まれる。

しかしどの地域においても、歯科医師や歯科衛生士といった歯科専門職や耳鼻科医、言語聴覚士等のリハビリ専門職が十分に確保できている訳ではない。そのためには、地域において嚥下障害に関する研修等を行うことによって多くの職種のスキルを向上させ、必要に応じて専門職につなげる仕組みが必要であろう。地域によっては専門職が定期的に巡回したり、公的な医療機関からの派遣を受けられる制度が用意されていたりするケースもあったが、広域での専門職の活用について、栄養面に限らず、他の分野も含めて検討していく必要がある。

同時に、栄養・食事サービスの対象となる高齢者本人やその家族に対する啓発も必要である。「食べられているからよい」「食べられるものだけ食べていればよい」のではなく、「食べる」能力の重要性について、早い段階から情報提供を行い、その重要性についての認識をもってもらうことが大切である。そのためにも、介護予防や健康づくり事業における各種教室や講座等や二次予防事業における啓発、さらには、平成 24 年度の介護報酬改定で新設された「選択的サービス複数実施加算」の活用による栄養口腔機能向上サービスと栄養改善サービスへの取組等、より一層の取組の推進が求められる。



### (3) 情報の伝達のあり方に着目する

多くの職種が連携して、一人の高齢者に対して効果的な栄養・食事サービスを提供するためには、関係する職種が同じ情報を持ち、同じ問題意識で取り組んでいく必要がある。そこで今回のモデル事業においては、情報伝達については共通のモニタリングシートで行われた。

食事・栄養サービスの提供は、本人の状態の変化によって提供するサービスも調整していく必要があるため、本人の状態の変化について集約して把握・共有しておく必要があるが、今回のモデル事業で用いた様式は、検査データやケアの内容等の経過を追うことができるものであったため、関係者間の情報共有にも有効に機能したようである。さらに、ケアの内容に加え、介護サービスならびに医療サービスの内容等も含めることで、栄養面でのケアと関連させた状況の把握がよりしやすくなると考えられる。

その中でも、在宅でチェックできるような項目の必要性等の指摘もあり、今後各施設で活用していく中で、より使いやすいものとしていく取組も必要である。

また、退院患者への効果的なフォローをするために、病院のケースワーカーが在院時のカンファレンスに常に参加し、情報を共有している例もみられた。栄養・食事サービスを提供する対象者としては、退院患者にニーズがあるケースも多くみられると考えられるが、このような取組は、在宅に戻った際の栄養・食事サービスの提供に当たっても非常に有効に機能すると考えられる。

ただしこれらの取組は全て、「顔の見える連携」ができてこそ、有効に機能するものである。情報伝達において各種のツールが有効に機能したのも、その前提として、ケースカンファレンスや連絡会議等での情報共有がなされているからこそ、日々の経過についてはツール上での共有、必要に応じた問合せ等も可能となる。このように、取組の継続性を確保するためには、「顔の見える連携」を基盤として、その上でツールを活用した効率的な運用、といった重層的な仕組が必要である。

#### (4) サービス受給者の視点にたったサービス提供のあり方

これらの取組においては、在宅高齢者の生活を支えることを目的としているため、利用者（高齢者本人とその家族）の安心感に繋がらなくてはならない。

今回のモデル事業において対象者から聞かれた声は、訪問するスタッフの間で情報が共有化されていることからケアを受ける側として非常に安心感がある、ということであった。このことは、モデル事業参加者の満足度が高かったことの一つの要因であったと考えられる。

このようにサービスの受給者に対して安心感を与えることができたのは、連携体制の強化によって、関係機関・関係者間での対象者に関する課題認識が共有化されていたことに加え、前述の通り、対象者に関する情報が共有化されていたことの効果であろう。

ただその一方で、サービスの提供側の意図（これをすべき、これはすべきでない）が必ずしもサービスの受給側の気持ちと一致していない場合を想定した対応の必要性については、モデル事業を実施した施設の中でも共通した課題であった。

栄養・食事については、ともすると嗜好の問題とされやすいため、このような意識の乖離が生じてしまうのかもしれないが、このような乖離が生じないためにも、ヒアリングの中で指摘されたような、「ニーズを吸い上げるための取組・努力」「客観的なデータ（血液検査データ等）に基づいた説明」「専門職の訪問等、相手が緊張感なく話が聞けるための配慮」等の工夫が必要である。特にニーズの吸い上げに関しては、サービスの対象者・家族の生活目線に立つこと、さらにサービスの対象者・家族に対する客観的なデータに基づく説明に関しても、単なる説明に留まらず支援の効果・感想・希望等を汲み取るような対応が必要なことを、支援に関わる全てのメンバーで共有し、意識していく必要がある。



# 資料編

---



**在宅高齢者に対する効果的な栄養・食事サービスの確保等  
に関する調査研究  
モデル事業実施要領**

平成 23 年 10 月

社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

## 1. 事業の背景と目的 ～事業実施に当たってのお願い～

### 調査の背景

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

また、現在、在宅高齢者に対する食事支援としては、各自治体において、配食サービス等が提供されていますが、コスト等の課題もあり、必ずしも高齢者一人ひとりの状態に適した食事が提供されている訳ではありません。

しかし、食事が不十分になると低栄養となり、要支援・要介護状態になりやすくなるばかりでなく、感染症などの病気にかかりやすくなるため、在宅高齢者に対して効果的に栄養・食事サービスを確保・提供することは非常に重要な課題となっています。

実際、国診協が過去に行った調査研究事業では、在宅生活者を対象とした栄養・食事サポートへの取組は低調であっても、多くの関係者・関係機関がニーズは感じているため、「顔の見える連携」体制を構築することによって問題意識が共有化され、継続性のある取組に発展する可能性が高いことが示唆されました。

### モデル事業の狙い

今回ご協力をお願いするモデル事業は、表題にございます「在宅高齢者に対する効果的な栄養・食事サービスの確保等に関する調査研究」の一環として実施するもので、別紙にある通り、地域資源の掘り起こし→ネットワークの構築→対象者のスクリーニング→該当者への介入、という流れを予定しています。またこのモデル事業を含めた調査研究事業においては、

- ◎在宅高齢者一人ひとりの状態にあった栄養・食事サービスのあり方を探る（一人ひとりの状態像の違いによって提供するサービスに違いを持たせるために必要な手段）
- ◎「食べる」ための能力に着目する（栄養面だけでなく口腔面も含め他アプローチ）
- ◎情報の伝達のあり方に着目する（相互にフィードバックに必要な情報とその方法）
- ◎サービスの受給側の視点に着目する（サービス受給側のニーズや満足度）

に着目して実施することを予定しております。

今回のモデル事業は、すでに地域包括医療・ケアへのお取組が進んでおり、地域ケア会議等、地域の高齢者の生活を支えるための基盤が整備されている地域にお願いしておりますが、先行して行った先進地域ヒアリングでは、そのような地域においてもモデル事業に取り組むことにより、

- ◎退院後の在宅高齢者のフォローのあり方の検討につながる（院内 NST 等病院組織の地域への展開）
- ◎専門職以外の関係者・関係機関が加わることにより対象者抽出の視野が広がる
- ◎ボランティア等によるインフォーマルサービスとの連携が構築される（深まる）
- ◎すでに活用しているアセスメント票等の改善につながる

などの効果が期待されることが示唆されました。

さらに、今回のモデル事業における結果広く発信するは、他の国保直診ならびに国保直診所在地域における同様の取組の推進に資するものになると考えております。

## 2. お取組いただく内容

### Step1：地域における関係機関の連携の仕組づくり 【10月上旬～中旬】

様式1：実施体制  
別添パンフレット

- 貴施設が所在する地域において、関係機関が連携を図るための組織を組成していただきます。
- その際、既に地域内にある組織等において、本事業へのお取組が可能である場合には、新たに組織を組成していただく必要はございませんが、栄養・食事サポートという面からみて既存組織に不足している人材・機関等がある場合にはそれらの方々にもお声がけをお願いいたします。
  - 例) 医療関係：医師、歯科医師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、言語聴覚士、等
  - 保健関係：保健師、等
  - 介護関係：ケアマネジャー、ホームヘルパー、通所サービス職員、等
  - 地域関係：民生委員、食生活改善推進員、等
- また、地域における栄養・食事サポートへの取組の必要性をより多くの方々にご理解いただけるよう、別添のようなパンフレット（「いくつになっても食べる幸せをー地域における栄養サポートへの取り組みー」：現在改編中）を作成いたしましたので、ご活用いただければ幸いです。

### Step2：地域分析の実施とモデル事業実施に当たっての討議 【10月中旬～11月上旬】

様式2：会議記録  
様式3：地域分析

- Step1で組織したメンバーにより、
  - 貴施設が所在する地域における地域資源の状況
  - 現在の連携体制の状況と連携のために必要な条件
  - 食事・栄養サポート実施上の課題
  - 対象者の把握方法 等について検討していただきます。
- ご検討いただく際には、検討課題や課題整理のためのフォーマット例をお示しさせていただきます。
- そして、その結果を踏まえ、今後の取組方針（各地域において特に何を課題として取り組むか等）について議論していただきます。
- この段階で、地域分析の結果や、今後の取組方針について、本事業を取組主体である検討会・作業部会委員を交えた議論をさせていただければ幸いです。



### Step3 : モデル事業の実施

【11月～1月下旬】

様式4 : 具体的事例

様式5 : 栄養スクリーニング表

様式6 : 栄養ケアモニタリング表

「栄養サポート体制構築の手引き」

別添パンフレット

- 実際に対象となる在宅高齢者を把握し、栄養・食事サポートを実施していただきます。その際、別添の手引書（「栄養サポート体制構築の手引き」：改編中）を参考にお取り組み下さい。
- また、対象となるご本人やご家族に対する説明用資料として、前述のパンフレット（「いくつになっても食べる幸せを一地域における栄養サポートへの取り組み」：改編中）をご活用下さい。
- 具体的には、「身体状況は自立であるが食事摂取に課題があると考えられる独居高齢者」「嚥下機能に若干の低下がみられる介護予防事業の対象となる高齢者」「退院後間もない等により栄養面でのサポートを必要としている要介護者」といった、食事・栄養摂取が困難になり得る代表的な生活環境・身体状況の高齢者を想定しています。
- 5～10名程度の在宅高齢者に対してアセスメントを実施し、その中で介入が必要と判断された方を対象としていただきます（また対象者を把握する際の基準につきましては、別途、マニュアルを作成・送付させていただきます）。
- その際、開始時と実施途中、そして終了時に対象者の体重・身長を測定していただき、介入の効果を把握していただきます。ただし、すでに別のモニタリング指標をご活用の場合は、その値での把握で結構です。

### Step4 : モデル事業実施の効果の把握

【1月下旬】

様式7 : 対象者アンケート調査

- 実際に関わった高齢者の満足度を把握させていただくための簡単なアンケート調査を実施させていただき、その変化をもってモデル事業実施の効果とさせていただきます。

## 3. 調査票等の提出について

様式名	提出の 要否	提出期限
様式1 : 実施体制	○	11月1日(火)
様式2 : 会議記録	○	1月31日(火)
様式3 : 地域分析	○	11月21日(月)
様式4 : 具体的事例	○	1月31日(火)
様式5 : 栄養スクリーニング表	○	1月31日(火)
様式6 : 栄養ケアモニタリング表	○	1月31日(火)
様式7 : 対象者アンケート調査	○	1月31日(火)

## 4. ご活用いただく様式

(様式1：実施体制)

### 在宅高齢者に対する効果的な栄養・食事サービスの確保等に関する調査研究 実施体制表

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

(様式2：会議記録)

在宅高齢者に対する効果的な栄養・食事サービスの確保等に関する調査研究  
会議記録

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



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

在宅高齢者に対する効果的な栄養・食事サービスの確保等に関する調査研究  
具体的事例

本事例におけるサポート体制について

施設・地域名		
対象者 属性	年齢・性別	(         ) 歳                    男・女
	要介護度	1 自立                    2 自立(二次予防対象者)                    3 要支援 1・2 4 要介護 1・2           5 要介護 3・4                    6 要介護 5
	家族構成	1 独居                    2 夫婦のみ                    3 親と同居 4 子どもと同居        5 その他 (                    )
	生活環境	
	心身特性	
栄養サポートの対象となった経緯		
連携を取っている機関		1 市町村の保健福祉部門 2 保健所・保健センター 3 医療機関(国保直診) → ア. 病院        イ. 診療所        ウ. 歯科診療所 4 医療機関(国保直診以外) → ア. 病院        イ. 診療所        ウ. 歯科診療所 5 訪問看護ステーション 6 地域包括支援センターや在宅介護支援センター 7 居宅介護支援事業所 8 介護保険サービス事業所 → ア. 施設(入院・入所)サービス イ. 居宅(在宅)サービス 9 民生委員 10 食生活改善推進員 11 健康づくり推進員 12 住民ボランティア・NPO 13 その他 (                    )
栄養サポートにおけるキーパーソン		1 保健師                    2 訪問看護師                    3 医師・歯科医師 4 栄養士・管理栄養士        5 その他 (                    )
関係機関間での情報共有の方法		1 口頭での必要事項の伝達 2 共通のフォーマットや地域連携パスを用いた情報共有 3 ケア会議の場での情報共有 →開催頻度(月        回) 4 その他 (                    )

本事例の具体的内容について

対象者の状況	※対象者の状況等について、具体的にご記入下さい。
貴施設を含めた地域資源それぞれの役割	※医療機関、訪問看護ステーション等、地域資源の内容とそれぞれの役割等を具体的にご記入下さい。
関与が望まれる職種	※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、現在ほどあ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。
本事例に関する評価等	※本事例について、本人やご家族から聞かれた意見、関与した結果の総括等についてご記入下さい。

# 在宅栄養支援のための栄養スクリーニング表（チェックリスト）

## 在宅支援のための 栄養スクリーニング

平成23年9月 国診協 地域ケア委員会NSS・NST部会

ふりがな		生年月日： 年 月 日	年齢 歳 性別：男・女
氏名		体重 kg 身長 cm	BMI 体重kg÷身長m÷身長m：
居住環境	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> その他( )	要介護度：要支援 要介護	ケア・マネジャー：
緊急連絡先	氏名	続柄	かかりつけ医
	連絡先：		
疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患		認知症 / <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 肺炎の既往 <input type="checkbox"/> 経管栄養		薬剤数 / <input type="checkbox"/> 4剤以下 <input type="checkbox"/> 5剤以上

チェックリストでの評価	サポートの検討	連絡・相談先
<b>A) 食材・食品の調達、調理</b>	<input type="checkbox"/> 食材・食品の配達	
<input type="checkbox"/> 1.食費や食費管理の問題がある <input type="checkbox"/> 2.買い物に行けない、困難である <input type="checkbox"/> 3.調理できない、困難である	<input type="checkbox"/> 配食サービス	
<b>B) 体格や外表</b>	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センターへ相談	
<input type="checkbox"/> 1.やせてきた（体重減少） <input type="checkbox"/> 2.むくみがある <input type="checkbox"/> 3.床ずれ(褥瘡)がある	<input type="checkbox"/> 医療機関への受診	
<b>C) 活動性や胃腸症状</b>	<input type="checkbox"/> かかりつけ医への相談	
<input type="checkbox"/> 1.最近元気が無くなってきた（外出が減った） <input type="checkbox"/> 2.口数が少なくなった <input type="checkbox"/> 3.横になる時間が長くなった <input type="checkbox"/> 4.寝たきりである <input type="checkbox"/> 5.食欲が低下している <input type="checkbox"/> 6.下痢、便秘、嘔吐がみられる	<input type="checkbox"/> 訪問看護	
<b>D) 口腔機能・嚥下に関する問題</b>	<input type="checkbox"/> 保健センター・保健師への相談	
<input type="checkbox"/> 1.家族と同じものが食べられない <input type="checkbox"/> 2.食べ終わるのに時間がかかるようになった <input type="checkbox"/> 3.食事中にむせたり咳き込むことがある <input type="checkbox"/> 4.薬を飲んだ時にのどにひっかかることがある <input type="checkbox"/> 5.話をすると顎（あご）やのどが疲れる <input type="checkbox"/> 6.義歯（入れ歯）をしているけど合わない <input type="checkbox"/> 7.奥歯のかみ合わせ（義歯を含む）ができない <input type="checkbox"/> 8.歯科診療を受けにくい（地理条件、家族支援など）	<input type="checkbox"/> 歯科受診	
<b>その他の食事・栄養の問題点</b>	<input type="checkbox"/> 口腔ケア	
	<input type="checkbox"/> 嚥下機能評価	
	<input type="checkbox"/> 嚥下リハビリ	
	<input type="checkbox"/> トロミ食調整	
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
	<b>チームによるサポートの検討</b>	
	キーパーソン（地域包括ケアセンター・ケアマネ・保健師・医師など）：	
	ケアカンファレンスの活用：	
	栄養状態のモニタリング：	
	その他：	

記入日：平成 年 月 日 記入者：	職種：	所属：
-------------------	-----	-----

No. \_\_\_\_\_



(様式6 : 栄養ケアモニタリング表)

栄養ケアモニタリング表

患者氏名:	番号:	M・T・S	歳	男・女	要介護区分/ 要支援:1・2・3・4・5
在宅介護者:	住所:	電話番号:( )			ケア・マネージャー:
診断名:	使用薬剤:				
かめつけ月医:	身長: cm	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
記入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
記入者	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
食事に対する満足	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 <input type="checkbox"/>	満足 <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/>
ADL	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 <input type="checkbox"/>	歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベット上 <input type="checkbox"/>
浮腫	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 <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>
症状	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 <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"/>
摂食経路	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 <input type="checkbox"/>	経口 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/>
指示カリー	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 <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>
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	水分: ml 蛋白質: g
主食	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 <input type="checkbox"/>	飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 粥ミキサー <input type="checkbox"/>
副食	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 <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"/>
喫食量	主食: % 副食: %	主食: % 副食: %	主食: % 副食: %	主食: % 副食: %	主食: % 副食: %
トロミ	不要 <input type="checkbox"/> 要(種類: )	不要 <input type="checkbox"/> 要(種類: )	不要 <input type="checkbox"/> 要(種類: )	不要 <input type="checkbox"/> 要(種類: )	不要 <input type="checkbox"/> 要(種類: )
介助	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 <input type="checkbox"/>	不要 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/>
食事時間	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 <input type="checkbox"/>	30分未満 <input type="checkbox"/> 30分以上 <input type="checkbox"/>
食セの有意	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 <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> 頻繁にあり <input type="checkbox"/>
閉口	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 <input type="checkbox"/>	良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/>
咽嚥	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 <input type="checkbox"/>	良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/>
飲み込み	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 <input type="checkbox"/>	良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/>
食事内容	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 <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> やや有 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>
食事内容	座位 <input type="checkbox"/> 臥床(60度・45度・30度・0度)	座位 <input type="checkbox"/> 臥床(60度・45度・30度・0度)	座位 <input type="checkbox"/> 臥床(60度・45度・30度・0度)	座位 <input type="checkbox"/> 臥床(60度・45度・30度・0度)	座位 <input type="checkbox"/> 臥床(60度・45度・30度・0度)
食事内容	未 <input type="checkbox"/> 済(検査日 年 月 日)	未 <input type="checkbox"/> 済(検査日 年 月 日)	未 <input type="checkbox"/> 済(検査日 年 月 日)	未 <input type="checkbox"/> 済(検査日 年 月 日)	未 <input type="checkbox"/> 済(検査日 年 月 日)
食事内容	なし <input type="checkbox"/> あり(上・約 本 下・約 本)	なし <input type="checkbox"/> あり(上・約 本 下・約 本)	なし <input type="checkbox"/> あり(上・約 本 下・約 本)	なし <input type="checkbox"/> あり(上・約 本 下・約 本)	なし <input type="checkbox"/> あり(上・約 本 下・約 本)
食事内容	なし <input type="checkbox"/> あり(上・約 本 下・約 本)	なし <input type="checkbox"/> あり(上・約 本 下・約 本)	なし <input type="checkbox"/> あり(上・約 本 下・約 本)	なし <input type="checkbox"/> あり(上・約 本 下・約 本)	なし <input type="checkbox"/> あり(上・約 本 下・約 本)
食事内容	あり(上・約 本 下・約 本)	あり(上・約 本 下・約 本)	あり(上・約 本 下・約 本)	あり(上・約 本 下・約 本)	あり(上・約 本 下・約 本)
汚れ	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 <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>
傷	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 <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>
乾燥	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 <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>
有無	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 <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>
褥瘡	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 <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>
部位					
身長: cm	体重: kg BMI: kg/cm <sup>2</sup>	身長: cm	体重: kg BMI: kg/cm <sup>2</sup>	身長: cm	体重: kg BMI: kg/cm <sup>2</sup>
T S F(mm):	A C(cm):	T S F(mm):	A C(cm):	T S F(mm):	A C(cm):
CC(cm):	HbA1c(%):	CC(cm):	HbA1c(%):	CC(cm):	HbA1c(%):
Hb(g/dl):	HbA1c(%):	Hb(g/dl):	HbA1c(%):	Hb(g/dl):	HbA1c(%):
検査者記入	検査者記入	検査者記入	検査者記入	検査者記入	検査者記入
経過	経過	経過	経過	経過	経過
計画の修正・変更	計画の修正・変更	計画の修正・変更	計画の修正・変更	計画の修正・変更	計画の修正・変更
ケアへの本人の要望・満足	ケアへの本人の要望・満足	ケアへの本人の要望・満足	ケアへの本人の要望・満足	ケアへの本人の要望・満足	ケアへの本人の要望・満足
ケアへの家族の要望・満足	ケアへの家族の要望・満足	ケアへの家族の要望・満足	ケアへの家族の要望・満足	ケアへの家族の要望・満足	ケアへの家族の要望・満足

AC(cm):上腕周囲 TSF(mm):上腕三頭筋部皮下脂肪厚 CC(cm):下腕周囲 平成22年8月 国診協 地域ケア委員会 NSS・NST部会



## 栄養や食事のことについてお伺いします。

問5 現在、食事はどのようにしていますか。(当てはまるもの全てに○)

1 自分で作る	6 お弁当や惣菜を買ってくる
2 家族が作る	7 外食する
3 ホームヘルパーが作る	8 配食サービスを利用している
4 デイサービスなどで食べる	9 その他 ( )
5 出前を取る	

問6 現在、食事をする際、どのようなことを気にしていますか。(当てはまるもの全てに○)

1 費用	5 見た目
2 味	6 その他 ( )
3 食事の量	7 特に何も気にしていない
4 栄養のバランス	

問7 下記のサービスのうち、利用したことがあるものはありますか。(それぞれ当てはまるものに○)

	現在利用している	利用したことがある (現在は利用していない)	利用したことはない
(1) 配食サービス	1	2	3
(2) 会食サービス	1	2	3
(3) 食材配達サービス	1	2	3
(4) 栄養教室(集団)※糖尿病教室やメタボ予防教室等も含む	1	2	3
(5) 栄養指導(個別)※糖尿病教室やメタボ予防教室等も含む	1	2	3
(6) 料理教室	1	2	3
(7) 通所サービスにおける食事提供	1	2	3
(8) ホームヘルパーによる調理	1	2	3
(9) 口腔機能向上のための教室	1	2	3

## モデル事業についてお伺いします。

問8 モデル事業に参加して、ご自身の栄養・食事のことを改めて見直すきっかけになりましたか。(○は1つ)

1 はい	2 いいえ	3 分からない
------	-------	---------

問9 モデル事業に参加して、新たに利用を始めたサービス等がありますか。(当てはまるもの全てに○)

1 はい	2 いいえ
------	-------

【「はい」とお答えの場合】それはどのようなサービスですか。(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 食材配達サービス 4 栄養教室(集団) ※糖尿病教室やメタボ予防教室等も含む 5 栄養指導(個別) ※糖尿病教室やメタボ予防教室等も含む 6 料理教室 7 通所サービスにおける食事提供 8 ホームヘルパーによる調理 9 口腔機能向上のための教室 10 その他 ( )
--

問10 モデル事業に参加して、全体的にみたときの満足度はいかがですか。(○は1つ)

1 非常に満足している	3 あまり満足していない
2 まあまあ満足している	4 満足していない

問11 在宅生活を続けるに当って、栄養や食事の摂取に関して必要と感じていること(必要とするサービス、コーディネーター役による連絡・調整等)や必要と感じている情報について、ご自由にご記入下さい。

必要と感じていること	
必要と感じている情報	必要な情報は得られていますか? →1 得られている 2 得られていない
	得られているか否かに関わらず、必要な情報は何か? -----

質問はこれで終わりです。ありがとうございました。

実態調査調査票（自治体向け）

在宅高齢者への栄養・食事サービスの提供実態に関する調査 調査票

貴自治体名	ご回答部署名	人口・高齢化率	人口（ ）人 高齢化率（ ）%
ご回答者名	ご連絡先 TEL: E-mail:	基本チェック リストの結果	栄養改善に関する特定高齢者数（ ）人 上記のうちBMI18.5以下の方（ ）人

問1 貴自治体では、在宅で生活する高齢者に対して、栄養・食事に関わるサービスとして、どのようなものを提供していただけますか。実施の有無と対象者（利用要件）、提供地域、実施主体、そして利用途中での利用者の状態把握の状況についてご記入下さい。なお、貴自治体の直営事業でなくとも、実施が確認できるものにつきましては、「1 提供されている」とお答え下さい。

サービス（事業）名	提供の有無 （○は1つ）	対象者（利用条件） （あてはまるものに○）	提供の地域 （あてはまるものに○）	実施主体 （あてはまるものに○）	利用者の状態把握 （あてはまるものに○）
配食サービス	1 提供されている 2 提供されていない	1 支援高齢者 2 要介護高齢者 3 二次予防対象者 4 一般高齢者	1 市町村内全域 2 市町村内一部地域 3 不明	1 行政による直営（国保直診による実施の場合も含む） 2 社会福祉協議会による提供 3 民間に対する委託 4 民間事業者によるサービス 5 地域住民によるサービス 6 その他（ ）	1 申込時のみ 2 定期的なモニタリングを実施 3 利用時ごと 4 なし 5 不明
会食サービス	1 提供されている 2 提供されていない	1 支援高齢者 2 要介護高齢者 3 二次予防対象者 4 一般高齢者	1 市町村内全域 2 市町村内一部地域 3 不明	1 行政による直営（国保直診による実施の場合も含む） 2 社会福祉協議会による提供 3 民間に対する委託 4 民間事業者によるサービス 5 地域住民によるサービス 6 その他（ ）	1 申込時のみ 2 定期的なモニタリングを実施 3 利用時ごと 4 なし 5 不明
食材配達サービス	1 提供されている 2 提供されていない	1 支援高齢者 2 要介護高齢者 3 二次予防対象者 4 一般高齢者	1 市町村内全域 2 市町村内一部地域 3 不明	1 行政による直営（国保直診による実施の場合も含む） 2 社会福祉協議会による提供 3 民間に対する委託 4 民間事業者によるサービス 5 地域住民によるサービス 6 その他（ ）	1 申込時のみ 2 定期的なモニタリングを実施 3 利用時ごと 4 なし 5 不明

サービス（事業）名	提供の有無 （○は1つ）	対象者（利用条件） （あてはまるものに○）	提供の地域 （あてはまるものに○）	実施主体 （あてはまるものに○）	利用者の状態把握 （あてはまるものに○）
栄養教室（集団） ※糖尿病教室やメ タボ予防教室等 も含む	1 提供されている 2 提供されていない	1 要支援高齢者 2 要介護高齢者 3 二次予防対象者 4 一般高齢者	1 市町村内全域 2 市町村内一部地域 3 不明	1 行政による直営（国保直診に よる実施の場合も含む） 2 社会福祉協議会による提供 3 民間に対する委託 4 民間事業者によるサービス 5 地域住民によるサービス 6 その他（ ）	1 申込時のみ 2 定期的なモニタリ ングを実施 3 利用時ごと 4 なし 5 不明
栄養指導（個別） ※糖尿病教室やメ タボ予防教室等 も含む	1 提供されている 2 提供されていない	1 要支援高齢者 2 要介護高齢者 3 二次予防対象者 4 一般高齢者	1 市町村内全域 2 市町村内一部地域 3 不明	1 行政による直営（国保直診に よる実施の場合も含む） 2 社会福祉協議会による提供 3 民間に対する委託 4 民間事業者によるサービス 5 地域住民によるサービス 6 その他（ ）	1 申込時のみ 2 定期的なモニタリ ングを実施 3 利用時ごと 4 なし 5 不明
料理教室	1 提供されている 2 提供されていない	1 要支援高齢者 2 要介護高齢者 3 二次予防対象者 4 一般高齢者	1 市町村内全域 2 市町村内一部地域 3 不明	1 行政による直営（国保直診に よる実施の場合も含む） 2 社会福祉協議会による提供 3 民間に対する委託 4 民間事業者によるサービス 5 地域住民によるサービス 6 その他（ ）	1 申込時のみ 2 定期的なモニタリ ングを実施 3 利用時ごと 4 なし 5 不明
通所型のサービス における食事提供 （介護保険サービ ス以外で）	1 提供されている 2 提供されていない	1 要支援高齢者 2 要介護高齢者 3 二次予防対象者 4 一般高齢者	1 市町村内全域 2 市町村内一部地域 3 不明	1 行政による直営（国保直診に よる実施の場合も含む） 2 社会福祉協議会による提供 3 民間に対する委託 4 民間事業者によるサービス 5 地域住民によるサービス 6 その他（ ）	1 申込時のみ 2 定期的なモニタリ ングを実施 3 利用時ごと 4 なし 5 不明

サービス（事業）名	提供の有無 （○は1つ）	対象者（利用条件） （あてはまるものに○）	提供の地域 （あてはまるものに○）	実施主体 （あてはまるものに○）	利用者の状態把握 （あてはまるものに○）
ホームヘルパーによる調理（介護保険サービス以外で）	1 提供されている 2 提供されていない	1 要支援高齢者 2 要介護高齢者 3 二次予防対象者 4 一般高齢者	1 市町村内全域 2 市町村内一部地域 3 不明	1 行政による直営（国保直診による実施の場合も含む） 2 社会福祉協議会による提供 3 民間に対する委託 4 民間事業者によるサービス 5 地域住民によるサービス 6 その他（ ）	1 申込時のみ 2 定期的なモニタリングを実施 3 利用時ごと 4 なし 5 不明
口腔機能向上のための教室	1 提供されている 2 提供されていない	1 要支援高齢者 2 要介護高齢者 3 二次予防対象者 4 一般高齢者	1 市町村内全域 2 市町村内一部地域 3 不明	1 行政による直営（国保直診による実施の場合も含む） 2 社会福祉協議会による提供 3 民間に対する委託 4 民間事業者によるサービス 5 地域住民によるサービス 6 その他（ ）	1 申込時のみ 2 定期的なモニタリングを実施 3 利用時ごと 4 なし 5 不明
その他 （ ）	1 提供されている 2 提供されていない	1 要支援高齢者 2 要介護高齢者 3 二次予防対象者 4 一般高齢者	1 市町村内全域 2 市町村内一部地域 3 不明	1 行政による直営（国保直診による実施の場合も含む） 2 社会福祉協議会による提供 3 民間に対する委託 4 民間事業者によるサービス 5 地域住民によるサービス 6 その他（ ）	1 申込時のみ 2 定期的なモニタリングを実施 3 利用時ごと 4 なし 5 不明
その他 （ ）	1 提供されている 2 提供されていない	1 要支援高齢者 2 要介護高齢者 3 二次予防対象者 4 一般高齢者	1 市町村内全域 2 市町村内一部地域 3 不明	1 行政による直営（国保直診による実施の場合も含む） 2 社会福祉協議会による提供 3 民間に対する委託 4 民間事業者によるサービス 5 地域住民によるサービス 6 その他（ ）	1 申込時のみ 2 定期的なモニタリングを実施 3 利用時ごと 4 なし 5 不明

問2【問1で「1 提供されている」とお答えのサービスについて】各サービスに関する職種についてご記入下さい（当てはまる箇所に○）

サービス（事業）名	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	社会福祉士・ソーシャルワーカー	精神保健福祉士	ヘルパー	その他	不明
配食サービス																
会食サービス																
食材配達サービス																
栄養教室（集団）																
栄養指導（個別）																
料理教室																
口腔機能向上のための教室																
通所サービスにおける食事提供（介護保険サービス以外）																
ホームヘルパーによる調理（介護保険サービス以外）																
その他（ ）																
その他（ ）																



問3 【問1で何らかのサービスについて「1 提供されている」とお答えの場合】各サービス間の連携（利用者情報の共有）等はなされていますか。また、行政が関与していませんが、連携がなされている例がございましたらご紹介下さい。

連携しているサービス	キーパーソン、調整役	情報の共有方法

問4 在宅で生活する高齢者に対して、栄養・食事に関わるサービスを提供する上での課題について、ご自由にご記入下さい。個別サービスに関する課題でも結構です。

<p>例)・ニーズはあっても、連携体制の構築に当たっては、関与する機関や職種が多いため、非常に難しい（組織づくり、時間の確保 等）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・配食サービスについては、配達方法（人材）の確保や実施回数の確保、そして一人ひとりの状態に適した食事提供のためのメニューの多様化が課題となっている。</li> </ul>
--

■■■■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■■■■

## 国保直診の在宅高齢者への食事・栄養サポートへの 取組に関する調査 調査票

貴施設名		ご回答者 名	
		ご回答者 職種	
院内 NST の稼働の有無	1 稼働している（稼働年数：      年）                      2 稼働していない		

### 貴施設における食事・栄養サポートへの取組状況についてお伺いします。

問 1 貴施設では、低栄養状態（もしくはそれが疑われる）の在宅の高齢者に対して、何らかの継続的なサポートを行っていますか。（当てはまるもの全てに○）

1 実施している：退院患者に対して	→（1）～（4）へ
2 実施している：外来患者に対して	→（1）～（4）へ
3 実施している：一般の在宅高齢者に対して	→（1）～（4）へ
（貴施設との関わりがなかった方に対する関係機関等からの依頼への対応）	
4 実施していない	→（5）へ

実施している場合は下記（1）～（4）にもお答え下さい。

（1）施設としてのサポート体制・サポートの仕組の有無（○は1つ）

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

（2）症例検討の有無（○は1つ）

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

（3）関係する職種（当てはまるもの全てに○）

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



栄養・食事サポートのに関して、何らかの事業で連携している場合は下記（１）～（３）にもお答え下さい。

（１）連携先（当てはまるもの全てに○）

1	市町村の保健福祉部門	
2	保健所・保健センター	
3	他の医療機関	→ ア. 病院 イ. 診療所 ウ. 歯科診療所
4	訪問看護ステーション	
5	地域包括支援センターや在宅介護支援センター	
6	居宅介護支援事業所	
7	介護保険サービス事業所	→ ア. 施設（入院・入所）サービス イ. 居宅（在宅）サービス：通所サービス ウ. 居宅（在宅）サービス：訪問サービス
8	民生委員	
9	食生活改善推進員	
10	住民ボランティア	
11	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○。中心になっている職種に◎。）

	貴施設において 関わっている職種	連携先において 関わっている職種
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	ホームヘルパー	
15	その他	

**在宅高齢者に対する栄養・食事サポート体制のあり方についてお伺いします。**

問3 在宅高齢者に対する栄養・食事サポート体制の構築には、「サービス（制度）が変わることによって」、また「施設から自宅へといった居場所が変わることによって」、そして「関わる職種が変わることによって」、サービスの提供が、途切れない一連の流れとなりにくいケースもあります。このようなことをなくすためには、多くの職種で連携を取ることが不可欠ですが、その際に重要なことはどのようなことだとお感じになっていますか。顔の見える関係の構築の重要性に対するご認識、情報提供・情報交換のためのツール活用の有効性等、お感じのことを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

■■■お伺い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■■■

