

平成 22 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
(老人保健事業推進等補助金)

「高齢者の食べることを支援する効果的な栄養・食事サービス
の確保等に関する調査研究」報告書

—高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム

指導者研修会とその評価—

平成 23 年 3 月

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

高齢社会の創造は人類が初めて経験する大事業で、長寿世界一を達成したわが国は世界の最先端にあります。かつては先進国の模倣で対処できた時代もありましたが、今や世界はわが国の選択に厚い眼差しを送っており、われわれは自らの手で未来高齢社会を創造して行くべき責務を担ったといえます。

2000年に世界注視の中、わが国で介護保険が導入されました。私は担当審議会委員として参画しましたが、「走りながら考える」とのモットーで、まず一步踏み出し、問題点を明らかにし、それに柔軟に対応して行けば理想は達成できるはずと主張しました。

幸い、予想より円滑に導入を果たしましたが、五年経過してみると、長所とされた介護予防は必ずしも十分な効果をあげておらず、高齢者の半数近くが栄養士のいる施設でも低蛋白血症であることが明らかになりました。これを受けて栄養ケア・マネジメントが注目され、運動機能の維持、向上、口腔衛生とともに新介護予防対策として採り入れられました。

運動機能の維持、向上はかなり普及し、成果を挙げましたが、栄養ケア・マネジメントの普及は出足が遅く、しかも軽症者の予防というより、施設、通所利用者にとって大きな課題であることが明らかになってきました。

この背景を受けて本研究班がスタートしましたが、低栄養の改善のみならず、人間らしい経口摂取の維持、移行、終末期を目指して創意工夫を出し合い、ここに成果として研修教材を世に問うことになりました。人間らしい生活を享受するために経口摂取への維持、誘導、低栄養の改善、終末期における栄養に大きな成果を報告できることは私の大きな喜びであります。また、高齢者対策として認知症における栄養ケア・マネジメントなど具体的な事例を示しこの問題の具体的進展を図りました。

特に最近、増加しつつある認知症に対する栄養ケア・マネジメントは緊急の課題であり、その対策について経験を基に種々の具体的なマニュアルや研修教材を提示できた意義は大きく、本事業において全国4箇所で開催した栄養ケアチーム指導者研修会にも斬新なイメージを与えるものとなりました。

ここにヒューマンな立場から種々の高齢者対策での具体的な創意工夫を示しました本報告書が理想的な高齢社会の創造に大きな力を発揮することを強く期待して序に代えさせていただきます。

平成22年度厚生労働省老人保健健康増進等事業(老人保健事業推進等補助金)
高齢者の食べることを支援する効果的な栄養・食事サービスの確保等に関する調査研究

委員長 井形 昭弘

目 次

研究概要	1
Ⅰ. 高齢者の「食べること」を支援するための 栄養ケアチーム指導者研修会プログラム	9
Ⅱ. 高齢者の「食べること」を支援するための 栄養ケアチーム指導者研修会の評価	17
Ⅲ. 地域高齢者の食べることを支援する効果的な 栄養・食事サービスの確保等に関する基盤づくりに向けての提言	55
Ⅳ. ワークショップ：低栄養、摂食嚥下障害、認知症、エンド・オブ・ライフ 事例別「食べること」を支援するための栄養ケアチーム カンファレンス	57
資料 自己評価表 応募要項 運営マニュアル	
別冊 栄養ケアチーム指導者研修会教材	
○高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム指導者研修会教材 (摂食・嚥下機能の低下した高齢者や認知症高齢者の栄養ケア・マネジメントの 手引きを含めて)	
○高齢者の栄養改善、経口移行・経口維持、認知症、エンド・オブ・ライフの栄養 ケア・マネジメントー「食べること」を支援するためにー	

研究概要

施設及び居宅高齢者の栄養ケア・マネジメントは、介護予防、摂食・嚥下機能障害、認知症、さらには終末期といった多岐にわたる栄養・食事の課題に対して、管理栄養士を配置したチームによる栄養ケア・マネジメントによる対応が求められている。施設および居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメントの全国的な人材資源の確保と推進には、管理栄養士はもとより、高齢者の「食べること」を支援する栄養ケアチームを担う様々な専門職の育成を目的とした研修体制の整備が求められる。

本学会は、これまで施設及び居宅高齢者の栄養ケア・マネジメントや介護予防栄養改善の制度化を目的とした調査研究、それらの成果に基づいて作成したマニュアルや手引書を通じた普及啓発活動、さらには栄養ケア・マネジメントを担う管理栄養士の育成のための研修制度（病院・施設研修を伴う）の推進によって高齢者の「食べること」を支援する栄養ケアの質の向上に努めてきた。また、平成21年度には、摂食・嚥下障害及び認知症高齢者の「食べること」を支援するための課題抽出のためのアセスメントと抽出された課題解決のための適切な栄養ケアの有効性について検証し、高齢者の摂食・嚥下障害や認知症高齢者への栄養ケア・マネジメントに効果的に活用のできる研修教材を作成した。平成22年5月には、当該教材を用いての先行試験としての研修会を東京医科歯科大学（東京 御茶ノ水）において約300名の管理栄養士、看護師等の参加を得て実施し、「食べること」の困難事例の経口移行・維持に対応する栄養ケアチーム研修の必要性とその実施可能性が認識された。

そこで、本研究事業においては、このような本学会に蓄積された栄養ケア・マネジメントの質の向上のための研修教材や教育システムを活用して、施設及び居宅サービスにおいて高齢者の「食べること」の支援を担う全国規模での人材の研修・評価体制の基盤づくりのための調査研究を行い、高齢者の「食べること」を支援する効果的な栄養・食事サービスの全国的な推進に寄与することを目的とし、次の成果を得た。

1. 「高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム指導者研修プログラム」が作成された。当該プログラムのゴールは、介護サービスにおいて高齢者の「食べること」を支援する栄養ケアチームの指導者ならびに研修施設となることとし、さらに、高齢者の「食べること」を支援する栄養ケア・マネジメントとチームケアの理念、基本的手順の理解、低栄養、摂食・嚥下障害、認知症、エンド・オブ・ライフに対応した栄養ケア・マネジメントに関する基本的知識と栄養ケア、チームにおける情報の共有化と連携ならびに継続的な品質改善活動に関する16の達成目標を設定した。プログラムは2日間の低栄養、摂食・嚥下障害、認知症、エンド・オブ・ライフに関する講座、事例検討、ワークショップの進め方等から構成され、さらに、自己施設において研修生が他職種と提示事例に関するレポート作成を課題とした実習10時間を追加し、当該レポートの提出をもって修了証の発行をおこなった。なお、教材として、研修効果を向上す

るためのパワーポイント・解説書付き教材全221ページならびに摂食・嚥下機能の低下した高齢者や認知症高齢者の栄養ケア・マネジメントの手引書；平成21年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分）施設及び居宅高齢者に対する栄養・食事サービスのマネジメントに関する研究成果から 全33ページ、報告書別冊参照のこと）を作成した。なお、これまで本学会が老人保健健康増進等事業の支援を得た研究成果に基づいて作成した栄養ケア・マネジメント手引書Ⅰ（ビデオ付き）及び厚生労働省介護予防栄養改善マニュアル（班長 杉山）を、手引書Ⅱ（委員長 井形昭弘、摂食・嚥下障害、認知症、エンド・オブ・ライフの栄養ケア・マネジメント改訂版）も合わせて教材（別冊参照のこと）として活用した。さらに、今後活用可能な教材として、当該研修において実施された低栄養、摂食・嚥下障害、認知症、エンド・オブ・ライフのワークショップに関する多職種による事例検討の逐語録と解説が作成された（報告書Ⅳ）。高齢者の食べることを支援するための栄養ケアチーム指導者研修会は、全国4箇所（福岡市：福岡女子大学（平成22年11月27-28日）、静岡市；静岡県立大学（平成22年12月5日、6日）、札幌市；共済ホール（平成22年12月25日、26日）、東京；昭和女子大学（平成23年1月8日、9日）において実施された。

2. 高齢者の食べることを支援するための栄養ケアチーム指導者研修会は、学会ホームページ及び協力団体である公益社団法人 全国老人福祉施設協議会、社団法人 全国老人保健施設協議会、一般社団法人 日本慢性期医療協会、社団法人 北海道栄養士会を通じて、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、介護支援専門員、社会福祉士、介護職等の専門職約2,000名を予定してホームページ、メールや郵便（介護保険施設及び療養病床8,361施設）によって参加者募集を行い、参加者を募った。参加者の登録手続きは原則メールによって全国4か所（福岡、静岡、札幌、東京）の会場別に行われ、管理栄養士437名（61.8%）、看護師84名（11.9%）、介護福祉士28名（4.0%）、栄養士20名（2.8%）、医師13名（1.8%）、薬剤師、介護支援専門員、言語聴覚士各10名（1.4%）、介護職員9名（1.3%）、他歯科衛生士、理学療法士、歯科医師、機能訓練士、臨床検査技師、施設長、生活相談員（参加者の多い順）等全707名が参加し、その職種は多岐にわたり（参加者旅費ならびに教材費自己負担）、栄養ケアチームへの関心の高さと、多職種と一緒に受ける研修へのニーズの高さが示された。2日間講座終了後の10時間の自己研修施設における指定事例検討レポート提出者は486名（68.7%、3月13日現在）であり、486名の属性は、2日間の講座に参加した707名と同様の傾向であり、栄養ケアチーム指導者研修会修了証を送付した。また、その後、介護老人福祉施設41施設、介護老人保健施設21施設、療養病床を有する病院6施設、一般病院16施設の全84施設から臨床研修受託研修施設への申請資料の請求が行われ、これらの請求・申請が引き続きおこなわれている（3月23日現在）。

3. 1. の栄養ケアチーム研修プログラムのゴールならびに目標に基づいて16項目から構成され自己評価アンケート用紙を作成し、当該研修事業の評価研究について千葉大学大学院看護研究科研究倫理審査会に申請し承認を得て(平成22年10月)、ホームページ上(<http://www.uda-lab.com/ncm/>)のサーバー上の自己評価アンケートに参加者が自由にアクセスして評価調査の集計・分析を可能とする研修情報・評価システムが作成された(平成22年11月)。当該研修参加前、参加後、実習修了後の3回にわたり継続的にデータの収集された、研修前の317名および、研修修了後315名について比較検討を行ったところ次の成果を得た。

(1) 16項目全てにおいて、研修前に比較して研修後に、「よくできる」と「できる」者の割合が増加がみられた。一方、「できない」者の割合は、16項目中7項目でゼロになった。残りの9項目でも、「できない」は、1~2%に減少がみられた。

(2) 研修後に「よくできる」と「できる」の割合が8割を超えた項目は、16項目中15項目みられ、その中でも9割を超えた項目も8項目みられた。唯一、研修後に8割に届かなかった項目は、Q5の「あなたは、胃ろうや経管栄養の決定に際し、功罪を自信をもって説明できますか?」であり、74%であった。研修前の割合も28%と他の項目に比べて低い割合であった。自由記載の意見の中にも、「家族にきちんと説明できないと、安易に経管になってしまうことが多く矛盾を感じる(管理栄養士)」などがみられ、実施の難しい項目であることが示されており、説明すべき内容だけでなく、説明するための心理的な要因も含めた検討の必要性が示唆された。

(3) 研修前に、「よくできる」と「できる」を合わせた割合が最も低かったのは、Q12の認知症に関する評価項目であり、21%であったが、研修後は、82%までに上昇がみられた。また「できない」は、研修前21%であったが、研修後はゼロであった。これより、研修プログラムは、認知症の食事中的BPSDのアセスメントから問題を把握したケア計画の立案に有効であったことが示された。また、Q13のエンド・オブ・ライフに関する評価項目においても、研修プログラムの有効性が示されたといえる。

(4) 自由記載には、「各専門職と意見交換することができ、充実した実習となりました。対象者も口腔維持しており、体力も回復してきています(管理栄養士)」や、「栄養士という仕事に誇りを持つことができました(管理栄養士)」などの意見がみられた。

(5) 自由記載にみられた課題および要望には、学会活動や研修の情報提供をわかりやすくすることに関連した情報発信に関する事、e-Learningの導入など研修方法に関する事、薬剤師、調理師、医師からは、研修内容の検討を希望する意見などがあげられた。

以上から、本研修のゴールは、医療・介護サービスにおいて高齢者の「食べること」を支援する栄養ケアチームの指導者ならびに研修施設となることに設定し、16項目の評価基準項目から、参加者の自己評価より達成状況をみると、「食べること」を通じた高齢者のQOLや個別性の尊重、そのための栄養ケア・マネジメントの必要性と品質改善活動、低栄養の把握方法、栄養ケアチームの重要性と専門性の活かし方、嚥下困難、認知症やエン

ド・オブ・ライフといった問題への取り組み方において、いずれも高い効果が認められた。

4. 本事業は、高齢者が口から食べることの重要性を各職種協働の中で共に学び、ともに考えることを目的にしたものである。2日間の多職種の栄養に関する研修会は、多くの気づきと学びを与え、研修会の運営は、各地の大学の栄養学部の教員が学生とともに絶大なパワーを発揮した。質疑応答でも、多職種がマイクを手を取った。それは、多くの参加者が「職種協働」の意味を理解した瞬間でもあった。この研修会では、研修終了後、自施設で多職種による事例検討を義務づけた。それは、共通の問題に対して、各職種で検討する意味を体験する機会の提供になることを意図したからである。井形委員長をはじめ多数の講師、運営者や協力者そして熱心に参加いただいた受講者の共同が、各会場で花開いていた。その成果の一部として、以下5点について、提言したい。

- ① 高齢者がいかなる状態でも、可能な限り口から食べることは、最低限の栄養学的なことばかりでなく、生命の質、人生の質、生活の質に影響していることを、広く啓蒙することが重要である。特に、栄養に関しては最大限本人あるいは家族の意思を尊重することが必要である。
- ② 国民的な高齢者の栄養問題解決には、多職種協働が必要であるため、各ケア現場での問題発見、問題解決のための実践的実学的研究、および多職種協働を基礎とした有効な研修事業が不可欠であるという、科学的な基本認識を広く共有する。
- ③ 高齢者の栄養問題は、医療機関や社会福祉施設などで発生しているが、実際には、生活習慣や不十分不適切な栄養学的知識の欠落が根本にあるケースも少なくない。この意味では、公衆栄養の分野での教育、あるいは在宅高齢者に対する栄養指導などを抜本的に強化する必要がある。
- ④ 高齢者の栄養問題解決のための多職種協働は、重要なテーマであることが確認されているので、各病院や施設関係団体および専門職種団体の一層の有機的連携を確保することが重要であるため、各種団体との共同と連帯が必要である。
- ⑤ 高齢者の栄養問題解決のため、本事業は、有効かつ効果的であるため、今後も事業を継続する必要が認められる。この意味では、今後も厚生労働省の特段の配慮を強くお願いしたい。

5. 当該報告書を教材や研修運営マニュアルを含めて一般社団法人日本健康・栄養システム学会ホームページ (<http://www.j-ncm.com>) に掲載し、当該研修事業を全国レベルで推進できる基盤づくりを行った。さらに、研修指導者ならびに研修施設の今後の支援と情報の相互交換の場をホームページ上に提供し、栄養ケアチームのネットワークづくりを支援することにした。

次年度以降、一般社団法人日本健康・栄養システム学会は、当該事業における成果である

栄養ケアチーム指導者ネットワークならびに臨床研修施設、さらには既存の臨床栄養師研修制度を基盤にして全国レベルでの施設、さらには居宅における高齢者の「食べること」を支援する栄養ケアチームのための研修体制づくりに一層寄与していくことにしている。

平成22年度厚生労働省老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進等補助金）
高齢者の食えることを支援する効果的な栄養・食事サービスの確保等に関する調査研究班

委員長 井形 昭弘 名古屋学芸大学学長
統括管理担当 小山 秀夫 兵庫県立大学大学院教授
研修プログラム作成小委員会長 杉山みち子 神奈川県立保健福祉大学教授
初級プログラム班長 星野和子 社会福祉法人溪仁会法人本部栄養管理室室長
高齢者臨床栄養プログラム班長 加藤 昌彦 椛山女子大学教授
摂食・嚥下障害に関するプログラム班長 合田 敏尚 静岡県立大学教授
認知症プログラム班長 田中 和美 特別養護老人ホーム ふれあいの森科長
エンド・オブ・ライフプログラム班長 梶井 文子 聖路加看護大学准教授
研修事業調査評価小委員会長 野地 有子 千葉大学大学院看護学研究科教授
研修情報システム小委員会長 宇田 淳 広島国際大学教授
研修大会長
福岡大会長 早淵仁美 福岡女子大学教授
協力委員 梅木陽子 福岡女子大学助教
江頭和歌子 福岡女子大学助教
宗像壽子 福岡女子大学
高橋徹 福岡女子大学
山下茂子 水俣総合医療センター栄養課長
静岡大会長 合田敏尚 静岡県立大学教授
副大会長 市川陽子 静岡県立大学准教授
札幌大会長 杉山みち子 神奈川県立保健福祉大学教授
協力委員 山部秀子 北海道栄養士会会長 天使女子大学教授多
星野和子 社会福祉法人溪仁会法人本部 栄養管理室室長
東京大会長 大木和子 昭和女子大学教授
協力委員 清水史子 昭和女子大学講師
嶋脇綾子 昭和女子大学助手
目出安寿美 東京農業大学講師

教材作成協力委員

平成 22 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分）高齢者の食事を支援する効果的な栄養・食事サービスの確保に関する調査研究（委員長 井形昭弘） 摂食・嚥下機能の低下した高齢者や認知症高齢者の栄養ケア・マネジメントの手引き（平成 21 年度老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分）高齢者の栄養・食事サービスのマネジメントに関する研究（委員長 井形昭弘）の成果より）

摂食・嚥下機能の低下した高齢者の徴候・症状に対応した栄養ケア・マネジメント
～アセスメント栄養ケア計画・モニタリング～

合田敏尚 市川陽子他

宮本啓子 医療法人康生会平成記念病院栄養課

静岡県立大学大学院生活健康科学研究科フードマネジメント研究室客員研究員

大谷千晴 医療法人洋和下会栄養課

小林美佐枝 特別養護老人ホーム 竜爪園栄養主任

認知症高齢者における食事の BPSD に対応した栄養ケア・マネジメント
～アセスメント・栄養ケア計画・モニタリング～

田中和美 杉山みち子他

高田健人 神奈川県立保健福祉大学大学院

大矢未帆子 特別養護老人ホーム ふれあいの森

協力団体 公益社団法人 全国老人福祉施設協議会 社団法人 全国老人保健施設協会

一般社団法人 日本慢性期医療協会

北海道栄養士会（札幌大会）

学会事務局 会計担当 駒方公大 事業補助員 菊一宏重 高橋郁子

ワークショップ協力者

介護老人保健施設 老健リハビリよこはま

介護支援専門員 木村礼子、作業療法士 鈴木有希、介護福祉士 馬淵修子

管理栄養士 齋田洋子、歯科衛生士 佐藤聖子

特定医療法人 原土井病院

医師 平川貴子、看護師 船越知佳、管理栄養士 吉山恭子、言語聴覚士 泉佐知子

特別養護老人ホーム 帯広けいせい苑

管理栄養士 高橋きみ子、介護職 太田由里

つがやす歯科医院

歯科医師 梅安秀樹

特別養護老人ホームありあけの里

医師 金城聡彦、管理栄養士 上間鈴美、歯科衛生士 久米藤子、

介護福祉士 傍島英男

特別養護老人ホーム天寿園

介護支援専門員 富岡大高、介護福祉士 高橋政敏、管理栄養士 永田美香代

医療法人溪仁会定山溪病院

医師 菅原啓、看護師 今野民子、管理栄養士 北野詩歩子、言語聴覚士 石川春香

I. 高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム指導者研修プログラム

研修プログラム作成小委員会長 杉山みち子 神奈川県立保健福祉大学教授
初級プログラム班長 星野和子 社会福祉法人溪仁会法人本部栄養管理室室長
高齢者臨床栄養プログラム班長 加藤昌彦 梶山女子大学教授
摂食・嚥下障害に関するプログラム班長 合田敏尚 静岡県立大学教授
認知症プログラム班長 田中和美 特別養護老人ホーム ふれあいの森科長
エンド・オブ・ライフプログラム班長 梶井文子 聖路加看護大学准教授
研修事業調査評価小委員会長 野地有子 千葉大学大学院看護学研究科教授
研修情報システム小委員会長 宇田淳 広島国際大学教授

1. はじめに

介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの質の確保と向上は、平成17年10月に栄養ケア・マネジメント体制の報酬上の評価が導入され、この5年間で管理栄養士の配置が全国的に行われるようになり、栄養マネジメント加算の取得も9割近く取得され推進されてきた。しかし、施設及び居宅高齢者の栄養ケア・マネジメントは、介護予防、摂食・嚥下機能障害、認知症、終末期といった多岐にわたる栄養・食事の課題に対して、管理栄養士を配置したチームによる栄養ケア・マネジメントによる対応が求められている。さらに居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメントは未だ殆ど実施されていない。

地域包括的ケアシステムの一環として居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメントの全国的な推進は、管理栄養士の人材開発や育成はもとより、高齢者の「食べること」を支援するチームを担う専門職のための高齢者の個別特性に対応した臨床栄養管理や栄養・食事サービスに関する基礎的知識・技術の共有化を目的とした研修体制の整備なしには実現しないと言える。

一般社団法人日本健康・栄養システム学会は、これまで施設及び居宅高齢者の栄養ケア・マネジメントに関する調査研究成果に基づいて作成したマニュアルや手引書を通じた普及啓発活動、さらには栄養ケア・マネジメントを担う管理栄養士の育成のための研修制度（病院・施設研修を伴う）の推進によって高齢者の「食べること」を支援する栄養ケアの質の向上に努めてきた。しかし、これらの人材育成制度への参加は一部の熱心な管理栄養士に限定されたものとなっている。また、平成21年には、摂食・嚥下障害及び認知症高齢者の「食べること」を支援するための課題抽出のためのアセスメントと抽出された課題解決のための適切な栄養ケアの有効性について検証し、高齢者の摂食・嚥下障害や認知症高齢者への栄養ケア・マネジメントに効果的に活用できる研修教材を作成した。

そこで、本研究においては、このような本学会に蓄積された栄養ケア・マネジメントの

質の向上のための研修教材や教育システムを活用して、施設及び居宅サービスにおいて高齢者の「食べること」の支援を担う全国規模での人材の研修・評価体制（の基盤づくりのための調査研究を行うことによって、高齢者の「食べること」を支援する効果的な栄養・食事サービスの全国的な推進に寄与することを目的として、高齢者の「食べること」を支援する栄養ケアチーム指導者研修会プログラムを作成した。

2. 研究委員会の設置と研修プログラム作成小委員会の設置(平成 22 年 10 月)

本研究事業を実施するための委員会(委員長 井形昭弘 名古屋学芸大学学長、本学会理事)を設置して統括管理担当(小山秀夫 兵庫県立大学大学院教授、本学会事務局長)をおき、本研究の組織体制づくりと事業運営・管理を行った。また、委員会の下部組織として3つの小委員会「研修プログラム作成小委員会」(小委員長 杉山みち子、神奈川県立保健福祉大学教授 本学会理事)、「研修事業調査評価小委員会」(小委員長 野地有子 千葉大学教授 本学会理事)、「研修情報システム小委員会」(小委員長 宇田淳 広島国際大学教授 本学会理事)を設置した。

「研修プログラム作成小委員会」には、初級プログラム班(班長 星野和子 社会福祉法人溪仁会 栄養管理室長、本学会評議員)、高齢者臨床栄養プログラム班(班長 加藤昌彦 椙山女学園大学教授、本学会理事)、摂食・嚥下障害に関するプログラム班(班長 合田敏尚 静岡県立大学教授、本学会理事)、認知症班(班長 田中和美 特別養護老人ホーム科長、本学会評議員)、エンド・オブ・ライフ班(班長 梶井文子 聖路加看護大学准教授、本学会評議員)の4つの班を設置した。

委員会は、委員長、統括管理担当、3名の小委員長、3名の班長の他、教材作成協力委員6名、情報システム作成委員1名、研修大会長2名(他2名は小委員長、班長)、運営委員5名、協力団体として全国老人福祉施設協議会、全国老人保健施設協会、日本慢性期医療協会の各会長、札幌大会では北海道栄養士会会長の計25名によって構成し、学会事務局には事業補助員2名を配置した。

3. 研修プログラム

研修プログラム作成委員会は、メールを通じて4つの班長とコンセンサスを得ながら対象者、研修ゴールと目標の設定、構造、内容、時間、実施場所、参加者募集方法を以下のように決定し、各班長による教材作成(報告書別冊参照)を行った。

1) 対象者

対象者は、高齢者医療、介護サービスの経験が原則として3年以上であり、研修修了後、研修指導者、講義を担当することのできる医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、介護支援専門員、社会福祉士、介護職等の専門職とした。また、各施設・事業所等から管理栄養士の参加は原則として必須とし

複数の職種で参加するようにした。

ただし、上記の条件に該当しない施設・事業所や教育関係等の勤務者も参加可能とした。

2) ゴールと16の目標

高齢者の医療や介護に携わる専門職による「食べることを支援する」栄養ケアチームの研修指導者や研修施設を育成することを目的とすることから、表1に示すゴールと16の目標を設定し、2日間の講座による知識・技術のレベル、実習(自己施設)による実践能力、そして研修指導者や臨床研修施設として其々の地域の栄養ケアチームの指導能力のレベルの達成をめざすことができるようにした。

高齢者の「食えること」を支援するための栄養ケアチーム指導者研修のゴールと目標

ゴール：医療・介護サービスにおいて高齢者の「食えること」の支援する栄養ケアチームの指導者ならびに研修施設となる

	目標	知識・技術	実践能力	指導能力
1	職員や研修生に「食えること」を通じて、高齢者1人1人の自己実現を目指すことの大切さを説明できる	I～VI	実習	研修施設としての指導
2	職員や研修生に高齢者本人や家族の「食えること」に対する意志、嗜好、習慣を尊重することの大切さを説明できる	I～VI	実習	研修施設としての指導
3	職員や研修生に、栄養ケア・マネジメントの意義と概要を説明できる	II	実習	研修施設としての指導
4	職員や研修生に、「食えること」を支援する栄養ケアチームの必要性を説明できる	I～VI	実習	研修施設としての指導
5	職員や研修生に胃ろうや経管栄養の決定に際し、功罪を自信をもって説明できる	I	実習	研修施設としての指導
6	職員や研修生に栄養ケアチームに、自己の専門職が関わることの意義や関わり方について説明できる	I～VI	実習	研修施設としての指導
7	職員や研修生に高齢者の低栄養状態やその把握方法(栄養スクリーニング)について説明できる	I・II	実習	研修施設としての指導
8	職員や研修生に高齢者に対する経腸栄養法についての概要を説明できる	I	実習	研修施設としての指導
9	職員や研修生に高齢者に対する「口から食えること」(経口栄養法)の意義について説明できる	I～VI	実習	研修施設としての指導
10	職員や研修生に高齢者の栄養ケアに活用できる病者用食品(総合栄養食品)、嚥下困難者用食品等について説明できる	III	実習	研修施設としての指導
11	職員や研修生に摂食・嚥下障害を有する高齢者のアセスメントから問題を把握し、自身の専門性を生かしたケア計画について説明できる	III	実習	研修施設としての指導
12	職員や研修生に認知症の食事中的BPSDのアセスメントから問題を把握し、自身の専門性を生かしたケア計画について説明できる	IV	実習	研修施設としての指導
13	職員や研修生に対してエンド・オブ・ライフにある高齢者に対しては、低栄養状態の改善よりもチームで最後まで少しでも食えることを支援することの大切さを説明できる	V	実習	研修施設としての指導
14	栄養ケアチームの一員としてカンファレンスや担当者会議に参加して、自身の専門性を生かした発言をしている	VI	実習	研修施設としての指導
15	栄養ケアチームの一員として、栄養ケアチームの一員として、他の専門職に食えることの支援や栄養ケアに有益な情報や助言を提供している	VI	実習	研修施設としての指導
16	栄養ケア・マネジメント体制に関する改善すべき課題についてチームで継続的な品質改善活動に努めることの大切さを説明できる	II	実習	研修施設としての指導

3) 構造

プログラムは、高齢者の「食べること」を支援する栄養ケアチームを担うための基本的な知識・技術を解説するための講義形式の講座、低栄養（ショートステイの事例により居宅サービスとの連携を学ぶ）・摂食嚥下障害・認知症・エンド・オブ・ライフの4事例への「食べること」の支援する取り組みを課題とした参加型の自己学習、ワークショップの進め方の学習、その後の自己施設において、前述の事例を通じて自己施設の他職種との検討を行いレポートを作成する実習によって構成した。さらにレポートの提出をもって当該研修の修了証を授与するとともに、臨床研修施設となることを申請するようにした。

4) 内容と時間

(1) 講座

講座は下記のⅠ～Ⅴの5領域7科目から構成し、1科目は45分間の講義とその後10分間の質疑応答とした（但し、領域Ⅲ⑤は病者用食品（総合栄養食品、嚥下困難者用食品を含めて）に関する講義が含まれることから65分の講義とその後15分間の質疑応答とした）

領域Ⅰ 高齢者の「食べること」を支援することの大切さ

①夢の長寿社会の実現のために―チームで支える「食べること」の大切さ―

高齢社会にとってQOLは最重要課題であり、食べる楽しみはその柱である。食べたいという要求は買い物や調理へのインセンティブにもなり自立へと繋がる。食欲を抑える因子には適正に対処し、また嚥下障害には適切な処置で経口維持、経口移行に努め、安らかな死も高齢社会のキーワードであること、高齢者の「食べること」をチームで支える大切さの理解を目指す。

②高齢者の臨床栄養(1)―低栄養状態を知ろう―

介護現場における必要最低限の栄養関連知識を理解し、その知識を医師、管理栄養士、看護師や薬剤師といった栄養に関する知識のある専門職以外の人たち、すなわち介護される高齢者自身や介護を担う家族、介護職の方々に啓発していただくことを目指す。

③高齢者の臨床栄養(2)―経管栄養法と口から食べることへの移行のための教育―

自らの口から食べていない、あるいは食べられない高齢者は、本当に口から食べることができないのか、あるいは本当は口から食べられるのか・・・口から食べることの移行・維持をチームではじめてみることを目指す。

領域Ⅱ 高齢者の栄養ケア・マネジメントの基礎

④高齢者の「食べること」の支援に参加するために:栄養ケア・マネジメントのポイントを教える

高齢者の「食べること」を支援する栄養ケア・マネジメントの理念、構造、手順、チームでの取り組み方の基本を共通に理解してチームで取り組むことを目指す。

領域Ⅲ 摂食・嚥下障害と栄養ケア・マネジメント（病者用食品（総合栄養食品、嚥下困難者用食品）を含めて）

⑥摂食・嚥下機能に対応した徴候・症状に対応した栄養ケア・マネジメント

食事時の観察によって摂食・嚥下困難の徴候と症状を簡易的にアセスメントし、把握された課題に栄養ケアチームで対応することを目指すとともに、病者用食品（総合栄養食品、嚥下困難者用食品）の有効な活用を目指す。

領域Ⅳ 認知症高齢者の栄養ケア・マネジメント

⑥認知症高齢者の食事での BPSD に対応した栄養ケア・マネジメント

認知症高齢者の「食べること」を阻害する周辺症状である BPSD を簡易的にアセスメントし、把握された課題に栄養ケアチームで対応し、「食べること」を支援することを目指す。

領域Ⅴ エンド・オブ・ライフの栄養ケア・マネジメント

⑦エンド・オブ・ライフの栄養ケア・マネジメント

高齢者のエンド・オブ・ライフと栄養ケア・マネジメントに関する基礎知識、プロセスの要点、苦痛症状への対応を理解し栄養ケアチームで対応し、最期まで少しでも「食べること」を支援することを目指す。

（2）事例の自己学習

事例の自己学習は、講座において学習した高齢者の「食べること」を支援する理念、知識・技術を事例に対して自ら活用できるかを確認するとともに、2 日目の「ワークショップ」に臨むにあたって意識の向上と自己課題を明確にすることを目指した。

講座 1 日目の修了時に講座内容を反映した 4 つの事例：A. 低栄養（ショートステイの事例） B. 摂食嚥下障害 C. 認知症、D. エンド・オブ・ライフのうち 1 事例を個別に研修参加者に自己学習の課題として提供する（教材のワークショップのための事例参照）。

4 つの事例は、①年齢、性別、要介護度、ADL、疾患、身長、体重 特記すべきことなど ②医師の診療録やサービス計画書からの特記事項 ③本人・家族の希望、嗜好、食習慣などの特記事項 ④栄養・食事に関する事項を記載した 4 枚のパワーポイントによって紹介した。各事例のねらいは、Ⅳのワークショップの逐語録に記載されているので参照のこと。

施設・病院への初回入所（院）、あるいは居宅サービスの初回時として、①あなたが考えるケア（栄養・食事支援の観点から）の方針 ②必要であれば課題把握のためのアセスメントに追加して収集すべきと考える情報の事項 ③把握される解決すべき（解決できそうな）課題（できれば PES で記載、いくつでも）④課題解決のためのケア計画（目標、あなたが担当できるケア内容）と評価（あなたができるモニタリング）指標と次回モニタリングまでの期間 ⑤協働実践（チームが協働して機能するためのストラテジ、誰がどのように情報提供し働きかけていくかなど）について、配布した 5 枚の紙（ポストイット）の各紙に

症例アルファベット、①～⑤の番号、職種名を記載し無記名化して翌日、研修開始前に事例別に受付に回収箱を設置して回収した。

ワークショップの最後に、講座講義を担当した各事例担当者が10分間ずつ各事例のねらいを解説するとともに回収された参加者による事例の検討内容の概要や要点を職種別に公表し感想を述べた。

(3) ワークショップ進め方

ワークショップの進め方は、上記に提示した4つの事例の多職種でのカンファレンス形式での検討を通じてチームの形成のための理念の共有化、課題の共通認識、専門性を生かした連携創造、協働実践の展開ができるワークショップを指導者として開催し指導できることを目指した。

その構成は、①進め方の確認(5分)、②チームによる事例の討議：4事例うち2事例を其々異なる専門職3～4名のチームが壇上において次の手順に従って討論する；座長役による事例確認(5分)、チームの自己紹介(5分)、課題に対して考えた事項((2)①～⑤)を設置された黒板に添付し説明(5分×4名=20分)、座長によるまとめ：座長自身の追加意見や双方の意見を加えながら取りまとめる(15分)。③事例提供者による事例のねらいと要点の解説と回収された参加者からの意見の公表(各10分)、④参加者との質疑応答(20分)であった。

(4) 実習(自己施設)

実習(10時間)は、研修終了後自己施設において取り組まれ、講座において学習した高齢者の「食べることを支援するための知識・技術、ワークショップの進め方において学習したチームによる事例検討を自己施設において他の専門職と共有することを目指した。

自ら選択した上記A～Dのうち1事例について①どのような方針で栄養ケアをするか、②専門性を生かしてどのような情報を収集し、その結果、どのような問題が把握されると考え、その問題に対してどのような食事支援や栄養ケアの計画を作成するかを検討し(4時間に相当)、さらに、③自己施設の他の専門職とカンファレンスを行う。各自発表を行い食事支援・栄養ケア計画について討論するとともに、自己施設における今後の栄養ケアチーム体制についての討論し(2時間程度)、レポートを作成(4時間程度)する。

レポートは、①から③について1600字以内、ワードで、明朝体10.5ポイントで作成し(図表を含めてもよい)、選択した事例(A～D)、受付時の登録番号、所属、職種、氏名を記載し、登録時の会場別メールに送付した。

送付した研修参加者には修了証を送付した。

4. 臨床研修施設への申請

本研修のゴールとした高齢者の医療や介護に携わる専門職による「食べることを支援す

る」栄養ケアチームの研修指導者や研修施設を育成することを達成するために、研修修了証とともに研修施設申請書一式を病院・施設長名で管理栄養士宛に送り、一般社団法人 日本健康・栄養システム学会臨床栄養師研修受託研修施設としての申請を依頼した。これらの臨床研修施設一覧は、学会ホームページに掲載し、平成 23 年度からの栄養ケアチーム研修や臨床栄養師研修において高齢者の「食べること」を支援する栄養ケアチームを担う専門職の育成に寄与していただくことを期待している。

Ⅱ. 高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム指導者研修会の評価

研修事業調査評価小委員会長 野地有子 千葉大学大学院看護学研究科教授

研修情報システム小委員会長 宇田淳 広島国際大学教授

研修プログラム作成小委員会長（兼札幌大会長）

杉山みち子 神奈川県立保健福祉大学教授

福岡大会長 早淵仁美 福岡女子大学教授、

静岡大会長 合田敏尚 静岡県立大学教授

同副大会長 市川陽子 静岡県立大学准教授

札幌大会協力委員 山部秀子 北海道栄養士会会長

天使女子大学教授 星野和子

社会福祉法人溪仁会法人本部 栄養管理室室長

東京大会長 大木和子 昭和女子大学教授

1. はじめに

高齢者の「食べること」を支援する効果的な栄養・食事サービスの全国的な推進に寄与することを目的として作成され、全国4箇所において実施された高齢者の「食べること」を支援する栄養ケアチーム指導者研修会プログラムの経過ならびに研修参加者の知識・技術の取得ならびに指導者としてのコンピテンシー（実践能力）の達成度の自己評価結果から、本研修プログラムの有効性を検討することを目的とした。

2. 研究方法

1. 対象者

対象者は、平成22年11月～1月に福岡、静岡、札幌、東京の4会場で開催された平成22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分）高齢者の食べることを支援する効果的な栄養・食事サービスの確保等に関する調査研究（委員長 井形昭弘 名古屋学芸大学学長）；高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム指導者研修に参加した高齢者医療、介護サービスの経験原則3年以上の医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、介護支援専門員、社会福祉士、介護職等の専門職、約736名である。

なお、参加者の募集は、学会ホームページ及び協力団体である公益社団法人 全国老人福祉施設協議会、社団法人 全国老人保健施設協議会、一般社団法人 日本慢性期医療協会、社団法人 北海道栄養士会を通じて、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、

作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、介護支援専門員、社会福祉士、介護職等の専門職を対象としてホームページ、メールならびに郵便（介護保険施設及び療養病床 8,361 施設）によって参加者を募った(教材参照のこと)。参加者の登録手続きは原則メールによって全国4か所（福岡、静岡、札幌、東京）会場別に行った。

メールには、【指導者研修希望】と必ず記載し、①所属施設種（一般病院、療養病床、介護老人保健施設 介護老人福祉施設 通所介護事業所 通所リハビリテーション事業所等の別） ②施設名 ③施設代表者名（院長、理事長、施設長など） ④連絡先の郵便番号、住所、電話、FAX、メールアドレス ⑤参加者氏名 ⑥ ⑤の職種を記載した。

2. 調査方法

1) 指導者研修プログラムの実施

高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム指導者研修プログラムの作成についてはI章を参照のこと。

指導者研修プログラムは、福岡（福岡女子大学会館 平成22年11月27日、28日）、静岡（県立静岡大学講堂、平成22年12月5日、6日）、札幌（共済ホール、平成22年12月25日、26日）、東京（昭和女子大学グリーンホール、平成23年1月8日、9日）の4箇所において実施した。

なお、教材（テキスト）には、介護保険制度における栄養ケア・マネジメントの手引き（DVD2枚付き）定価3,500円、高齢者の経口移行・経口維持、認知症、エンド・オブ・ライフの栄養ケア・マネジメントー「食べること」を支援するためにー（初版）定価2,000円、摂食・嚥下、認知症高齢者の食べることを支援するためのエビデンスに基づいた栄養ケア・マネジメント(アセスメント票付、平成21・22年度厚生労働省老人保健健康増進等事業によって行われた調査研究成果に基づいた教材)、栄養改善マニュアル（厚生労働省ホームページより抜粋）、他、各講師による指導者用パワーポイントによるハンドアウトを用いた。これらの教材実費1人7,000円は参加者から徴収した。

2) 自己評価のためのアンケート調査とホームページによるデータ収集システムの作成

指導者研修参加者を対象とした自己評価のためのアンケート票は、「研修事業調査評価小委員会」（小委員長 野地有子 千葉大学教授 当該学会理事）のもと、上記、研修プログラムの作成・実施に係わる各委員が協力し、フェースシート（研修会場、職種、施設種、定員数、法人種、関連加算の取得の有無、年齢、高齢者ケア実務年数、性別、管理職の有無臨床栄養や栄養ケア等の研修経験、栄養ケアのチーム体制の有無、有の場合のリーダーの職種）、16項目の評価基準、指導者研修に関する意見・要望（自由記載）から構成し、評価基準は、自己評価の各レベルを回答できるようにした。情報システム小委員会」（小委員長 宇田淳 広島国際大学教授 当該学会理事）は、個人情報安全性の確保は補償された環境下にある指定のホームページ上のサーバー

を整備した (<http://www.uda-lab.com/ncm/>)。

3) 自己評価調査に関する協力依頼と実施

指導者研修に応募した参加者は、メールによる応募時に、学会事務局からの返信メールによって、自己評価アンケートへの協力依頼書と連結不可能匿名化のID番号が交付された。各自の自由意志によって自己評価アンケートに協力する場合には、研修会前にホームページ (<http://www.uda-lab.com/ncm/>) 上の初回自己評価アンケート調査のフェースシートにID番号を入力し、質問に回答する。その後、第2回目は研修参加後から実習開始前までの間に、第3回目は10時間の実習終了後1週間以内に、いずれも初回時と同じID番号を入力してホームページ上の同じ質問に回答した。対象者の回答場所は、自宅あるいは勤務先等に設置されたコンピューターから行う。なお、分析対象数を増やすために、研修会場においても自己評価アンケートに関する説明を行うので、説明直後に紙媒体のアンケート調査票に回答した結果を持ち帰り初回のホームページへ入力することができるようにした。

4) データの解析と報告について

初回時データは勤務施設種、職種別、栄養ケアチーム体制の有無別の基礎集計を行った。また、さらに、初回～第3回間までの複数回解答者に対しては、評価基準項目の変化から縦断的に当該研修の有効性を検討した。さらに、研修に対する感想、意見、要望についての自由記載についても要点を集約した。

5) 研究等における倫理的配慮について

(1) 研究等の対象となる個人の人権の擁護

本研究は、千葉大学大学院看護学研究科倫理審査委員会に申請し、承認を得て実施した。本研究は、当該指導者研修に自由意志により参加した者が、メールにより送付された依頼状を読んで自由意思によって回答する研修成果の自己評価のためのアンケート調査であり、アンケートへの回答をもって同意されたとみなすものである。また、研究対象者に対しての危険を含まない調査研究である。研修の成果を継続的に自己評価するためにアンケート用紙回答時に記載するID番号が研修参加登録時に学会事務局から交付されるが、事務局からIDを知らせるメールは、事務局が送付後直ちに削除するので、登録時の個人情報と自己評価のためのアンケートは連結不可能匿名化される。また、このようにしてホームページ上のサーバーから連結不可能匿名化されたデータベースは、情報処理担当の宇田淳 広島国際大学教授のもとで保管され5年後に後粉碎処分される。そのため、対象者の個人情報に抵触することはない、また、利用者や患者に直接的な介入が行われるものではない。

3. 評価の結果

1) 研修会参加者の属性

参加登録者は736名、参加者は表 1 abに示すように707名、性別では女性89.1%、男性10.9%、職種では管理栄養士437名(61.8%)、看護師84名(11.9%)、介護福祉士28名(4.0%)、栄養士20名(2.8%)、医師13名(1.8%)、薬剤師10名(1.4%)、介護支援専門員10名(1.4%)、言語聴覚士各10名(1.4%)、介護職員9名(1.3%)、他歯科衛生士、理学療法士、歯科医師、機能訓練士、臨床検査技師、施設長、生活相談員(参加者の多い順)等であった。所属施設では、多い順に、特養246名(34.8%)、一般病院163名(23.1%)、老健159名(22.5%)、医療療養型病床42名(5.9%)等であった。

2) 研修会修了者の属性

2日間講座は全員が終了し、その後10時間の自己研修施設における指定事例検討の実習を行いレポートを提出した486名(参加者の68.7%、3月13日現在)に対して栄養ケアチーム指導者研修会修了証を送付した。また、その後、介護保険施設62施設(特養41、老健21)、療養病床を有する病院6施設、一般病院16施設の全84施設から臨床研修受託研修施設への申請資料の請求が行われた(3月23日現在)。

研修会修了者486名の属性は、表 2 abに示すように、性別では女性88.1%、男性11.9%であった。職種では、管理栄養士300名(61.7%)、看護師59名(12.1%)、介護福祉士25名(5.1%)、栄養士5名(1.0%)、医師10名(2.1%)、薬剤師9名(1.9%)、介護支援専門員8名(1.6%)、言語聴覚士8名(1.6%)、介護職員9名(1.9%)、他歯科衛生士、理学療法士、歯科医師、機能訓練士、臨床検査技師、施設長、生活相談員等であった。所属施設では、多い順に、特養173名(35.6%)、老健120名(24.7%)、一般病院107名(22.0%)、医療療養型病床29名(6.0%)等であった。

3) 16項目の評価基準項目からみた研修のゴールと目標の達成状況

自己評価アンケートに回答した者について、研修前の317名および、研修修了後315名について比較検討を行った。

評価項目1. あなたは、職員や研修生に「食べること」を通じて、高齢者の1人1人の自己実現をめざすことの大切さを説明できますか?は、「よくできる」と「できる」を合わせると、研修前は51%であったが、研修後は93%であった。また「できない」は、研修前は7%みられたが、研修後はゼロであった(図1a(1))。

評価項目2. あなたは、職員や研修生に高齢者本人や家族の「食べること」に対する意志、嗜好、習慣を尊重することの大切さを説明できますか?は、「よくできる」と「できる」を合わせると、研修前は60%であったが、研修後は95%であった。また「できない」は、研

修前は6%みられたが、研修後はゼロであった（図1a(2)）。

評価項目 3. あなたは、職員や研修生に、栄養ケア・マネジメントの意義と概要を説明できますか？は、「よくできる」と「できる」を合わせると、研修前は49%であったが、研修後は86%であった。また「できない」は、研修前は13%みられたが、研修後は1%であった（図1a(3)）。

評価項目 4. あなたは、職員や研修生に、「食べること」を支援する栄養ケアチームの必要性を説明できますか？は、「よくできる」と「できる」を合わせると、研修前は54%であったが、研修後は94%であった。また「できない」は、研修前は8%みられたが、研修後はゼロであった（図1b(4)）。

評価項目 5. あなたは、胃ろうや経管栄養の決定に際し、功罪を自信をもって説明できますか？は、「よくできる」と「できる」を合わせると、研修前は28%であったが、研修後は74%であった。また「できない」は、研修前は21%みられたが、研修後は2%であった（図1b(5)）。

評価項目 6. あなたは、職員や研修生に栄養ケアチームに、あなたの専門職が関わることの意義や関わり方について説明できますか？は、「よくできる」と「できる」を合わせると、研修前は58%であったが、研修後は93%であった。また「できない」は、研修前は7%みられたが、研修後は1%であった（図1b(6)）。

評価項目 7. あなたは、職員や研修生に高齢者の低栄養状態やその把握方法（栄養スクリーニング）について説明できますか？は、「よくできる」と「できる」を合わせると、研修前は57%であったが、研修後は90%であった。また「できない」は、研修前は13%みられたが、研修後はゼロであった（図1c(7)）。

評価項目 8. あなたは、職員や研修生に高齢者に対する経腸栄養法についての概要が説明できますか？は、「よくできる」と「できる」を合わせると、研修前は40%であったが、研修後は82%であった。また「できない」は、研修前は14%みられたが、研修後は1%であった（図1c(8)）。

評価項目 9. あなたは、職員や研修生に高齢者に対する「口から食べること」（経口栄養法）の意義について説明できますか？は、「よくできる」と「できる」を合わせると、研修前は62%であったが、研修後は96%であった。また「できない」は、研修前は5%みられたが、研修後はゼロであった（図1c(9)）。

評価項目 10. あなたは、職員や研修生に高齢者の栄養ケアに活用できる病者用食品（総合栄養食品）、嚥下困難者用食品について説明できますか？は、「よくできる」と「できる」を合わせると、研修前は55%であったが、研修後は84%であった。また「できない」は、研修前は11%みられたが、研修後はゼロであった（図1d(10)）。

評価項目 11. あなたは、職員や研修生に摂食・嚥下障害を有する高齢者のアセスメントから問題を把握し、自身の専門性を生かしたケア計画について説明できますか？は、「よくできる」と「できる」を合わせると、研修前は46%であったが、研修後は92%であった。また「できない」は、研修前は9%みられたが、研修後はゼロであった（図1d(11)）。

評価項目 12. あなたは、職員や研修生に認知症の食事中的BPSDのアセスメントから問題を把握し、自身の専門性を生かしたケア計画について説明できますか？は、「よくできる」と「できる」を合わせると、研修前は21%であったが、研修後は82%であった。また「できない」は、研修前は21%みられたが、研修後はゼロであった（図1d(12)）。

評価項目 13. あなたは、職員や研修生に対してエンド・オブ・ライフにある高齢者に対しては、低栄養状態の改善よりもチームで最後まで少しでも食べることを支援することの大切さを説明できますか？は、「よくできる」と「できる」を合わせると、研修前は47%であったが、研修後は89%であった。また「できない」は、研修前は10%みられたが、研修後は1%であった（図1e(13)）。

評価項目 14. あなたは、栄養ケアチームの一員としてカンファレンスや担当者会議に参加して、自身の専門性を生かした発言をしていますか？は、「よくできる」と「できる」を合わせると、研修前は60%であったが、研修後は92%であった。また「できない」は、研修前は11%みられたが、研修後は1%であった（図1e(14)）。

評価項目 15. あなたは、栄養ケアチームの一員として、他の専門職に食べることの支援や栄養ケアに有益な情報や助言を提供していますか？は、「よくできる」と「できる」を合わせると、研修前は57%であったが、研修後は89%であった。また「できない」は、研修前は11%みられたが、研修後は1%であった（図1e(15)）。

評価項目 16. あなたは、栄養ケア・マネジメント体制に関する改善すべき課題について、チームで継続的な品質改善活動に努めていくことの大切さを説明できますか？は、「よくできる」と「できる」を合わせると、研修前は42%であったが、研修後は87%であった。また「できない」は、研修前は13%みられたが、研修後は1%であった（図1f(16)）。

なお、2日間の研修についての職種別アンケート調査から抽出した課題や要望等については表3を参照のこと。

表 1a. 栄養ケアチーム指導者参加者属性（性別・職種・所属施設種）

	東京会場		福岡会場		札幌会場		静岡会場		全体	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
	n=328		n=159		n=149		n=71		n=707	
性別										
男性	39	(11.9)	19	(11.9)	9	(6.0)	10	(14.1)	77	(10.9)
女性	289	(88.1)	140	(88.1)	140	(94.0)	61	(85.9)	630	(89.1)
職種										
管理栄養士	194	(59.1)	89	(56.0)	104	(69.8)	50	(70.4)	437	(61.8)
看護師	40	(12.2)	32	(20.1)	8	(5.4)	4	(5.6)	84	(11.9)
介護福祉士	18	(5.5)	4	(2.5)	5	(3.4)	1	(1.4)	28	(4.0)
栄養士	8	(2.4)	3	(1.9)	7	(4.7)	2	(2.8)	20	(2.8)
介護職員	8	(2.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(1.4)	9	(1.3)
介護専門員	8	(2.4)	0	(0.0)	2	(1.3)	0	(0.0)	10	(1.4)
言語聴覚士	5	(1.5)	0	(0.0)	3	(2.0)	2	(2.8)	10	(1.4)
理学療法士	5	(1.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	5	(0.7)
歯科衛生士	4	(1.2)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(1.4)	5	(0.7)
薬剤師	3	(0.9)	7	(4.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	10	(1.4)
医師	3	(0.9)	8	(5.0)	0	(0.0)	2	(2.8)	13	(1.8)
作業療法士	2	(0.6)	0	(0.0)	1	(0.7)	0	(0.0)	3	(0.4)
機能訓練士	1	(0.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(1.4)	2	(0.3)
臨床検査技師	1	(0.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.1)
生活相談員	1	(0.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.1)
副施設長	1	(0.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.1)
歯科医師	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.7)	1	(1.4)	2	(0.3)
施設長	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(2.0)	1	(1.4)	4	(0.6)
教員	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.7)	1	(1.4)	2	(0.3)
その他	15	(4.6)	12	(7.5)	4	(2.7)	1	(1.4)	32	(4.5)
不明	11	(3.4)	4	(2.5)	10	(6.7)	3	(4.2)	28	(4.0)
所属施設種										
特養	139	(42.4)	37	(23.3)	41	(27.5)	29	(40.8)	246	(34.8)
老健	86	(26.2)	23	(14.5)	36	(24.2)	14	(19.7)	159	(22.5)
一般病院	55	(16.8)	61	(38.4)	34	(22.8)	12	(16.9)	163	(23.1)
医療療養型病床	8	(2.4)	22	(13.8)	5	(3.4)	7	(9.9)	42	(5.9)
精神科病院	8	(2.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	8	(1.1)
教育機関	5	(1.5)	3	(1.9)	2	(1.3)	1	(1.4)	11	(1.6)
介護療養型病床	4	(1.2)	3	(1.9)	1	(0.7)	1	(1.4)	9	(1.3)
診療所	3	(0.9)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(0.4)
回復期リハビリテーション病院	1	(0.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
行政	1	(0.3)	6	(3.8)	2	(1.3)	0	(0.0)	9	(1.3)
居宅介護支援事業所	1	(0.3)	0	(0.0)	4	(2.7)	0	(0.0)	5	(0.7)
歯科医院	1	(0.3)	0	(0.0)	2	(1.3)	0	(0.0)	3	(0.4)
通所介護事業所	1	(0.3)	1	(0.6)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(0.3)
訪問看護ステーション	1	(0.3)	0	(0.0)	1	(0.7)	0	(0.0)	2	(0.3)
通所リハビリテーション事業所	1	(0.3)	1	(0.6)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(0.3)
訪問介護事業所	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.7)	0	(0.0)	1	(0.1)
軽費老人ホーム	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(1.3)	1	(1.4)	3	(0.4)
薬局	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.7)	0	(0.0)	1	(0.1)
養護老人ホーム	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(2.0)	1	(1.4)	4	(0.6)
その他	12	(3.7)	2	(1.3)	14	(9.4)	3	(4.2)	31	(4.4)
不明	1	(0.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(2.8)	3	(0.4)

表 1b. 栄養ケアチーム指導者研修会参加者属性（地域別）

	東京会場(n=328)		福岡会場(n=159)		札幌会場(n=149)		静岡会場(n=71)				
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)			
東京都	92	(28.0)	福岡県	94	(59.1)	札幌市	37	(24.8)	静岡県	33	(46.5)
神奈川県	48	(14.6)	熊本県	20	(12.6)	旭川市	10	(6.7)	愛知県	4	(5.6)
千葉県	22	(6.7)	佐賀県	10	(6.3)	帯広市	8	(5.4)	岐阜県	4	(5.6)
新潟県	16	(4.9)	鹿児島県	9	(5.7)	芦別市	8	(5.4)	京都府	4	(5.6)
埼玉県	15	(4.6)	大分県	9	(5.7)	函館市	6	(4.0)	兵庫県	4	(5.6)
岐阜県	12	(3.7)	山口県	5	(3.1)	小樽市	4	(2.7)	沖縄県	3	(4.2)
山形県	11	(3.4)	広島県	4	(2.5)	釧路市	4	(2.7)	福井県	3	(4.2)
山梨県	10	(3.0)	長崎県	3	(1.9)	登別市	4	(2.7)	山梨県	2	(2.8)
群馬県	9	(2.7)	岡山県	2	(1.3)	紋別市	4	(2.7)	神奈川県	2	(2.8)
沖縄県	8	(2.4)	大阪府	1	(0.6)	岩見市	4	(2.7)	三重県	1	(1.4)
茨城県	7	(2.1)	滋賀県	1	(0.6)	河東郡	3	(2.0)	滋賀県	1	(1.4)
愛知県	6	(1.8)	不明	1	(0.6)	上川郡	3	(2.0)	奈良県	1	(1.4)
長野県	5	(1.5)			江別市	3	(2.0)	山口県	1	(1.4)	
福岡県	5	(1.5)			滝川市	3	(2.0)	東京都	1	(1.4)	
宮城県	4	(1.2)			室蘭市	3	(2.0)	長崎県	1	(1.4)	
富山県	4	(1.2)			美唄市	3	(2.0)	青森県	1	(1.4)	
栃木県	4	(1.2)			苫小牧市	3	(2.0)	富山県	1	(1.4)	
熊本県	4	(1.2)			根室市	2	(1.3)	不明	4	(5.6)	
大阪府	3	(0.9)			広尾郡	2	(1.3)				
青森県	3	(0.9)			北斗市	2	(1.3)				
岩手県	3	(0.9)			足寄郡	2	(1.3)				
静岡県	3	(0.9)			北見市	2	(1.3)				
広島県	3	(0.9)			名寄市	2	(1.3)				
高知県	3	(0.9)			空知郡	2	(1.3)				
滋賀県	2	(0.6)			東京都	2	(1.3)				
徳島県	2	(0.6)			北広島市	1	(0.7)				
鳥取県	2	(0.6)			その他	15	(10.1)				
京都府	1	(0.3)			不明	7	(4.7)				
その他	7	(2.1)									
不明	14	(4.3)									

表2a. 栄養ケアチーム指導者研修会修了者属性（性別・職種・所属施設種）

	東京会場		福岡会場		札幌会場		静岡会場		全体	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
	n=237		n=118		n=85		n=46		n=486	
性別										
男性	32	(13.5)	14	(11.9)	6	(7.1)	6	(13.0)	58	(11.9)
女性	205	(86.5)	104	(88.1)	79	(92.9)	40	(87.0)	428	(88.1)
職種										
管理栄養士	145	(61.2)	64	(54.2)	55	(64.7)	36	(78.3)	300	(61.7)
看護師	25	(10.5)	26	(22.0)	6	(7.1)	2	(4.3)	59	(12.1)
介護福祉士	16	(6.8)	4	(3.4)	5	(5.9)	0	(0.0)	25	(5.1)
介護職員	8	(3.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.2)	9	(1.9)
介護支援専門員	6	(2.5)	0	(0.0)	2	(2.4)	0	(0.0)	8	(1.6)
言語聴覚士	5	(2.1)	0	(0.0)	2	(2.4)	1	(2.2)	8	(1.6)
理学療法士	4	(1.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(0.8)
歯科衛生士	3	(1.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.2)	4	(0.8)
作業療法士	2	(0.8)	0	(0.0)	1	(1.2)	1	(2.2)	4	(0.8)
栄養士	1	(0.4)	1	(0.8)	3	(3.5)	0	(0.0)	5	(1.0)
薬剤師	1	(0.4)	7	(5.9)	0	(0.0)	1	(2.2)	9	(1.9)
医師	1	(0.4)	7	(5.9)	0	(0.0)	2	(4.3)	10	(2.1)
機能訓練士	1	(0.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.2)
歯科医師	1	(0.4)	0	(0.0)	1	(1.2)	1	(2.2)	3	(0.6)
施設長	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(3.5)	0	(0.0)	3	(0.6)
副施設長	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
その他	10	(4.2)	8	(6.8)	1	(1.2)	0	(0.0)	19	(3.9)
不明	8	(3.4)	1	(0.8)	6	(7.1)	0	(0.0)	15	(3.1)
所属施設種										
特養	98	(41.4)	24	(20.3)	25	(29.4)	26	(56.5)	173	(35.6)
老健	75	(31.6)	20	(16.9)	23	(27.1)	2	(4.3)	120	(24.7)
一般病院	35	(14.8)	48	(40.7)	15	(17.6)	9	(19.6)	107	(22.0)
医療療養型病床	7	(3.0)	16	(13.6)	2	(2.4)	4	(8.7)	29	(6.0)
精神科病院	5	(2.1)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	5	(1.0)
介護療養型病床	3	(1.3)	3	(2.5)	2	(2.4)	1	(2.2)	9	(1.9)
教育機関	1	(0.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.2)
診療所	1	(0.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.2)
行政	1	(0.4)	4	(3.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	5	(1.0)
居宅介護支援事業所	1	(0.4)	0	(0.0)	3	(3.5)	0	(0.0)	4	(0.8)
通所介護事業所	1	(0.4)	0	(0.0)	2	(2.4)	0	(0.0)	3	(0.6)
通所リハビリテーション事業所	1	(0.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.2)
回復期リハビリテーション病院	1	(0.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.2)
軽費老人ホーム	0	(0.0)	1	(0.8)	2	(2.4)	0	(0.0)	3	(0.6)
歯科医院	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(2.4)	0	(0.0)	2	(0.4)
訪問看護ステーション	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.2)
薬局	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.2)
養護老人ホーム	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.2)
その他	7	(3.0)	1	(0.8)	3	(3.5)	2	(4.3)	13	(2.7)
不明	0	(0.0)	1	(0.8)	3	(3.5)	2	(4.3)	6	(1.2)

表 2b. 栄養ケアチーム指導者研修会修了者属性（勤務地域）

東京会場(n=237)		福岡会場(n=118)		札幌会場(n=85)		静岡会場(n=46)	
	n (%)		n (%)		n (%)		n (%)
東京都	66 (27.8)	福岡県	72 (61.0)	札幌市	20 (23.5)	静岡県	18 (39.1)
神奈川県	38 (16.0)	熊本県	15 (12.7)	旭川市	9 (10.6)	京都府	4 (8.7)
千葉県	17 (7.2)	佐賀県	4 (3.4)	芦別市	7 (8.2)	愛知県	3 (6.5)
新潟県	11 (4.6)	鹿児島県	10 (8.5)	その他	7 (8.2)	岐阜県	3 (6.5)
埼玉県	12 (5.1)	大分県	5 (4.2)	函館市	6 (7.1)	沖縄県	3 (6.5)
山梨県	10 (4.2)	山口県	2 (1.7)	帯広市	4 (4.7)	兵庫県	2 (4.3)
山形県	8 (3.4)	広島県	3 (2.5)	岩見市	4 (4.7)	福井県	2 (4.3)
沖縄県	8 (3.4)	長崎県	3 (2.5)	苫小牧市	3 (3.5)	神奈川県	2 (4.3)
群馬県	7 (3.0)	岡山県	2 (1.7)	河東郡	2 (2.4)	山梨県	1 (2.2)
岐阜県	6 (2.5)	大阪府	1 (0.8)	江別市	2 (2.4)	三重県	1 (2.2)
愛知県	5 (2.1)	滋賀県	1 (0.8)	紋別郡	2 (2.4)	滋賀県	1 (2.2)
京都府	5 (2.1)			室蘭市	2 (2.4)	奈良県	1 (2.2)
長野県	4 (1.7)			北斗市	2 (2.4)	富山県	1 (2.2)
宮城県	4 (1.7)			広尾郡	2 (2.4)	山口県	1 (2.2)
富山県	4 (1.7)			空知郡	2 (2.4)	長崎県	1 (2.2)
鳥取県	4 (1.7)			東京都	2 (2.4)	不明	2 (4.3)
大阪府	3 (1.3)			上川郡	1 (1.2)		
福岡県	3 (1.3)			滝川市	1 (1.2)		
岩手県	3 (1.3)			足寄郡	1 (1.2)		
高知県	3 (1.3)			常呂郡	1 (1.2)		
茨城県	3 (1.3)			北見市	1 (1.2)		
滋賀県	2 (0.8)			名寄市	1 (1.2)		
青森県	2 (0.8)			不明	3 (3.5)		
広島県	2 (0.8)						
栃木県	2 (0.8)						
静岡県	1 (0.4)						
その他	3 (1.3)						
不明	1 (0.4)						

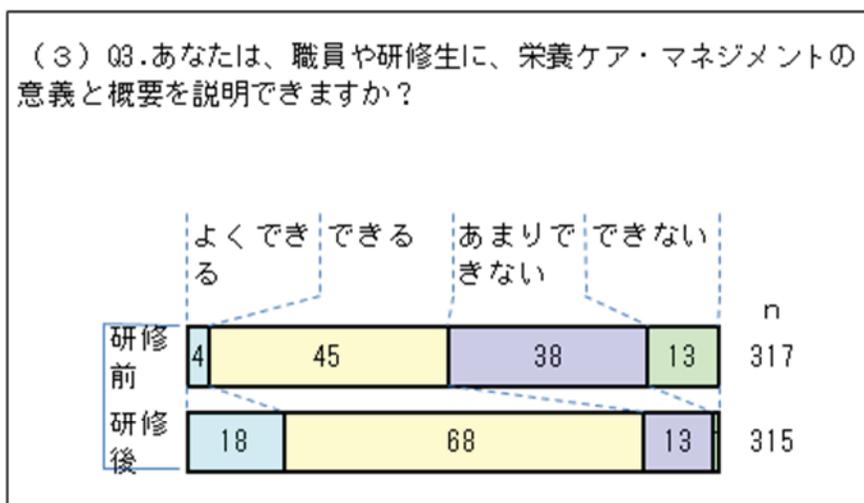
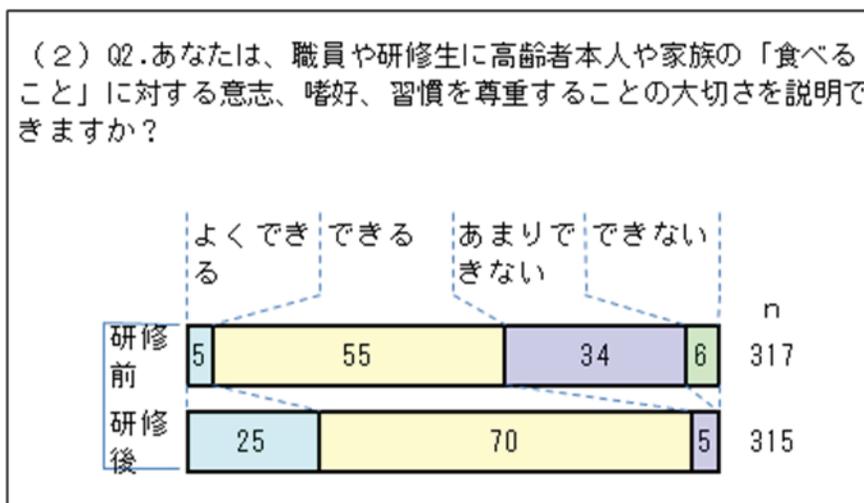
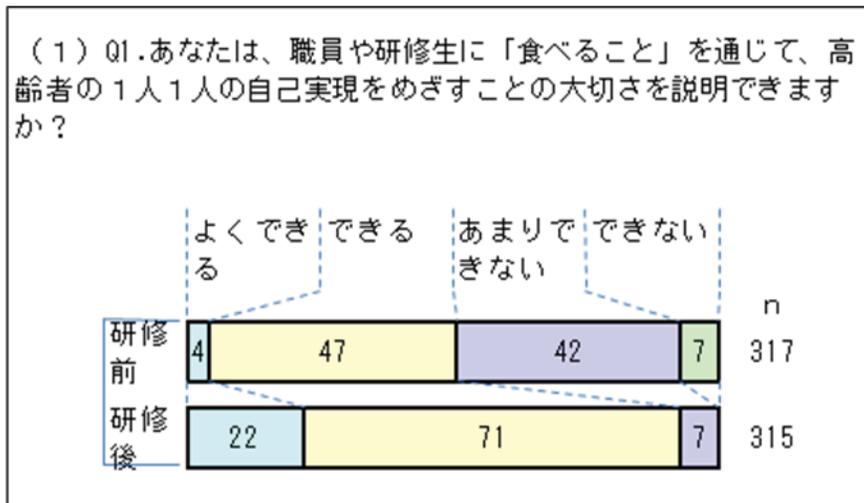


図 1a 栄養ケアチーム指導者研修会 16 項目の評価項目の達成状況
(研修開始前と講座・自施設実習修了後の比較)

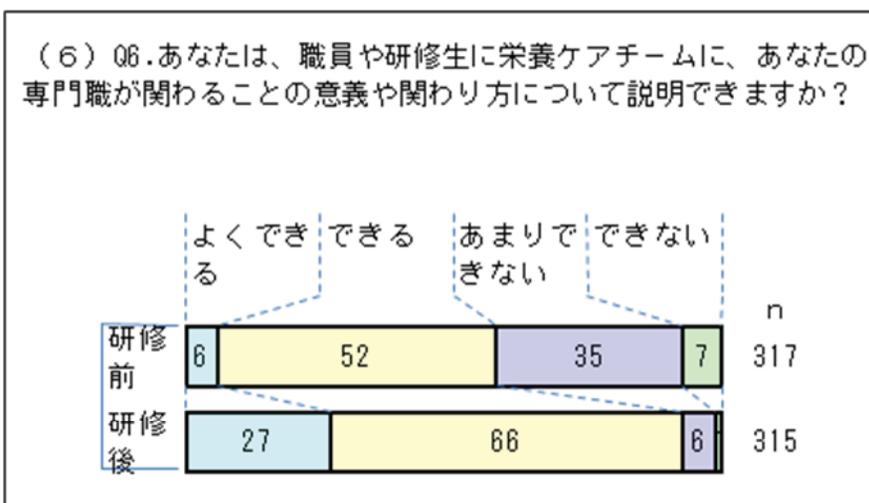
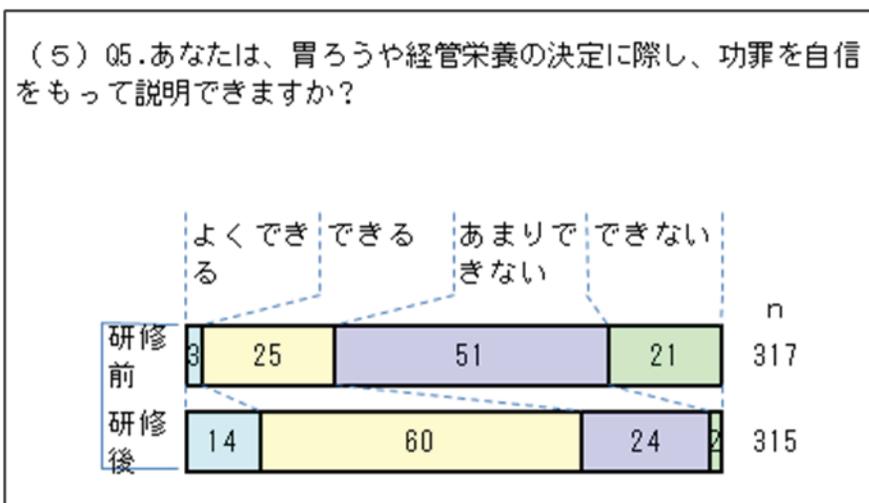
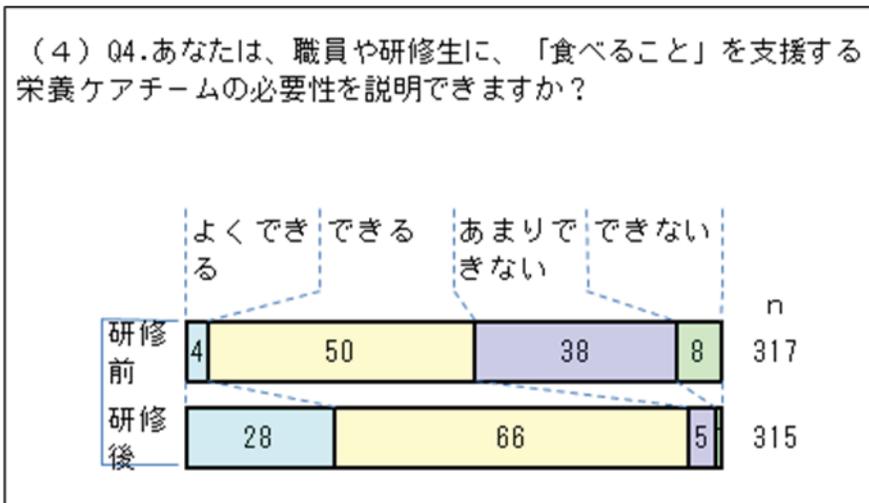
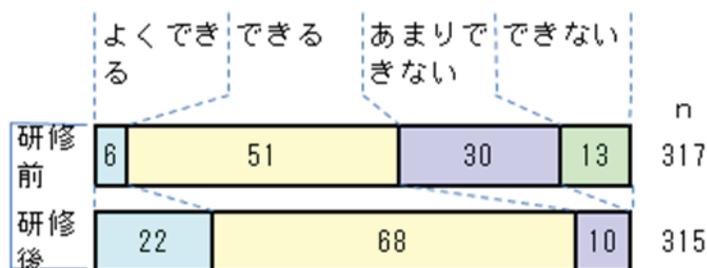
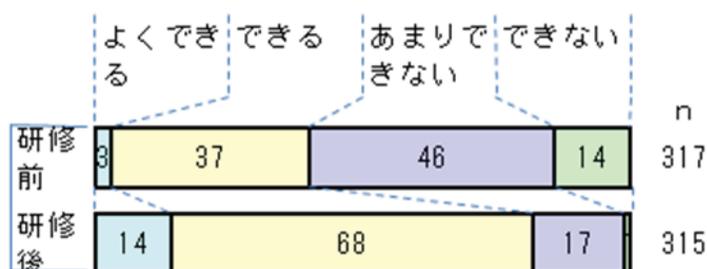


図 1b 栄養ケアチーム指導者研修会 16 項目の評価項目の達成状況 (研修開始前と講座・自施設実習修了後の比較)

(7) Q7.あなたは、職員や研修生に高齢者の低栄養状態やその把握方法（栄養スクリーニング）について説明ができますか？



(8) Q8.あなたは、職員や研修生に高齢者に対する経腸栄養法についての概要が説明できますか？



(9) Q9.あなたは、職員や研修生に高齢者に対する「口から食べること」（経口栄養法）の意義について説明できますか？

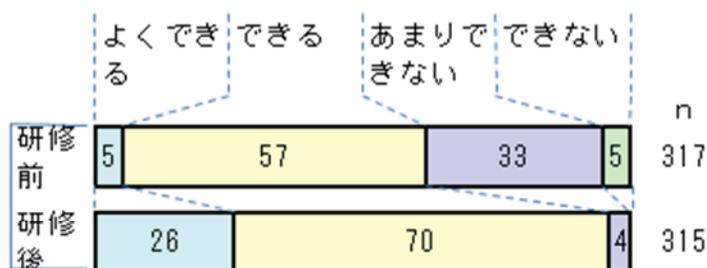


図 1c 栄養ケアチーム指導者研修会 16 項目の評価項目の達成状況（研修開始前と講座・自施設実習終了後の比較）

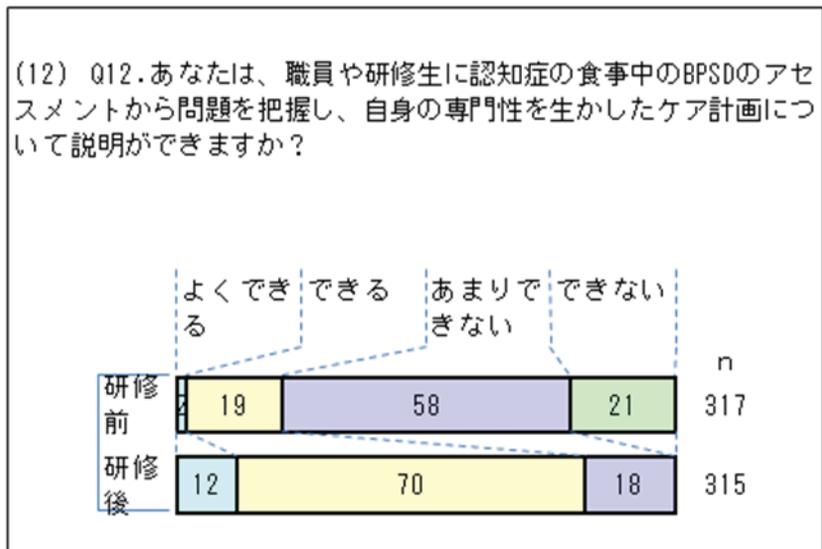
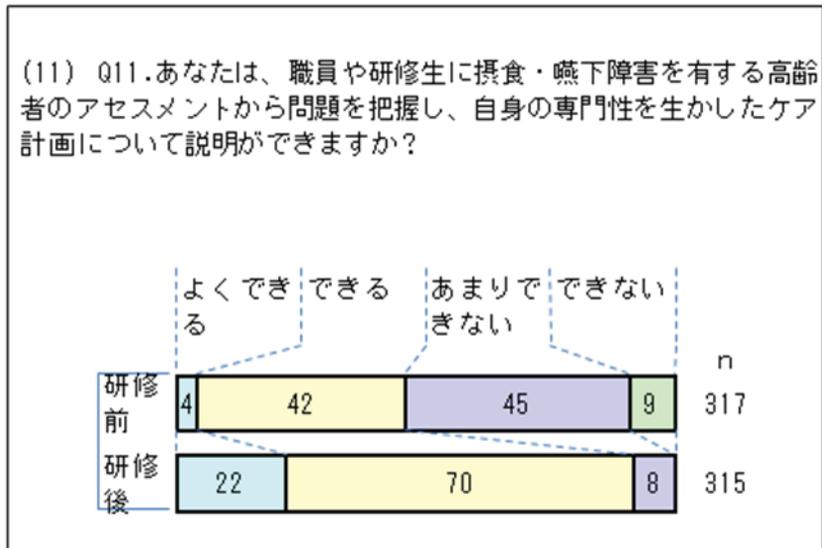
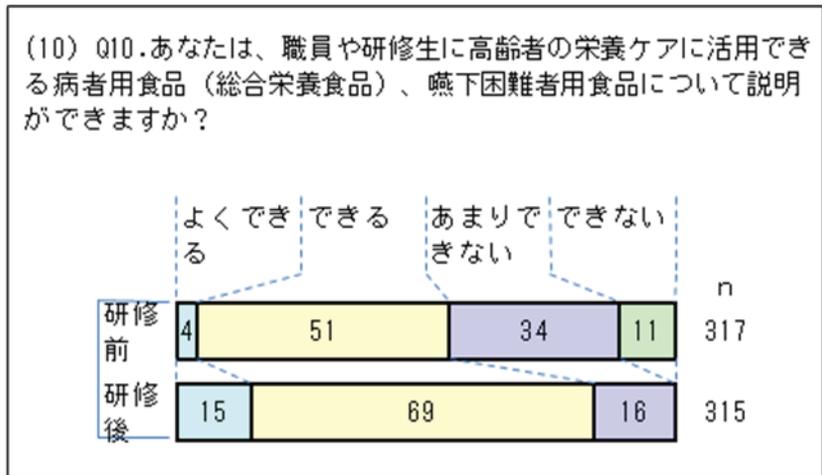
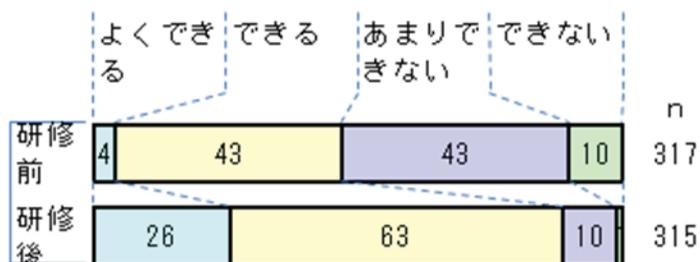
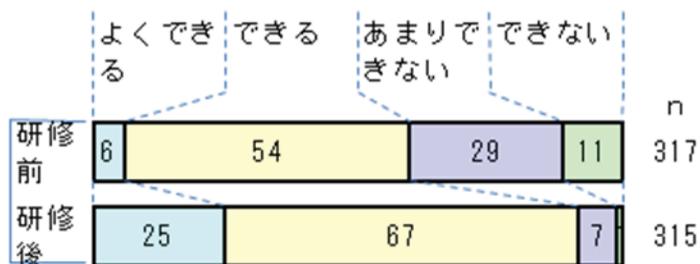


図 1d 栄養ケアチーム指導者研修会 16 項目の評価項目の達成状況 (研修開始前と講座・自施設実習修了後の比較)

(13) Q13.あなたは、職員や研修生に対してエンド・オブ・ライフにある高齢者に対しては、低栄養状態の改善よりもチームで最後まで少しでも食べることを支援することの大切さを説明できますか？



(14) Q14.あなたは、栄養ケアチームの一員としてカンファレンスや担当者会議に参加して、自身の専門性を生かした発言をしていますか？



(15) Q15.あなたは、栄養ケアチームの一員として、他の専門職に食べることの支援や栄養ケアに有益な情報や助言を提供していますか？

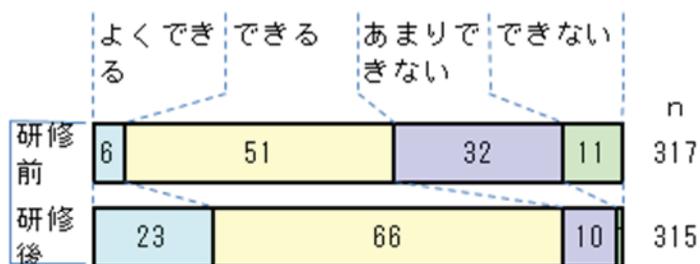


図 1e 栄養ケアチーム指導者研修会 16 項目の評価項目の達成状況 (研修開始前と講座・自施設実習修了後の比較)

(16) Q16.あなたは、栄養ケア・マネジメント体制に関する改善すべき課題について、チームで継続的な品質改善活動に努めていくことの大切さを説明できますか？

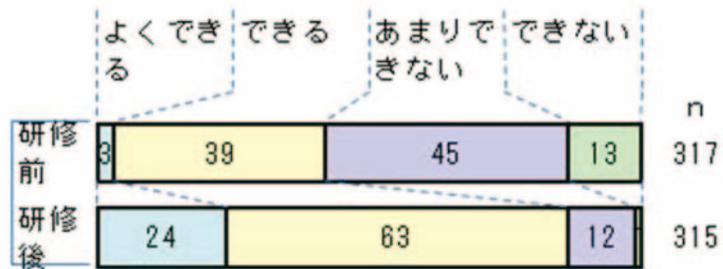


図 1f 栄養ケアチーム指導者研修会 16 項目の評価項目の達成状況
(研修開始前と講座・自施設実習修了後の比較)

4. 考察

1) 研修会参加者の属性について

参加登録者736名のうち、2日間の講座に参加できた者は707名であった。属性の特徴は、女性が約9割、男性が約1割であった。職種別では、多い順に管理栄養士61.8%、看護師11.9%、介護福祉士4.0%であった。参加職種は多岐にわたり、この3職種を加えて19職種とその他を合わせると20職種以上の参加がみられ、栄養ケアチームへの関心の高さと、多職種と一緒に受ける研修へのニーズの高さが示されているといえる。

自由記載の内容をみると、「今回のように、栄養士さん以外の職種に対しても開かれる研修会を開催していただけるとよいです（医師）」、「歯科医師のためこのような学会の存在は知らなかった。管理栄養士以外の職種にも栄養マネジメントの啓発をしてほしい（歯科医師）」、「今回の研修は他職種との連携がとても大切であることを実感できるものでした（管理栄養士）」、「栄養ケア・マネジメントは管理栄養士がたてるものだと思っていたが、今回の研修、実習により、関わる職種が多いほど、「食べること」の支援が生きる（看護師）」などの意見がみられた。

2) 指定事例検討の実習とレポート提出の実施状況

研修会参加者707名のうち、指定事例検討の実習とレポート提出を行った者は486名（68.7%）であった。486名の属性は、2日間の講座に参加した707名と同様の傾向であった。性別では、両群とも、およそ女性が9割、男性が1割であった。職種別でも、ほぼ同様の傾向であった。

指定事例検討の実習とレポート提出をされた修了者の方の自由記載の内容をみると、「他職種に伝達し利用者3名のケース検討をいたしました。実際やってみて漠然と理解していたことが自分のものとして納得できました（介護支援専門員）」、「今回の研修で、今まで継ぎ接ぎだった知識が自分なりにまとまったように感じました（管理栄養士）」、「通常、カンファレンス等での話し合いは行っておりますが、事例検討を行うことで、さらに栄養ケアが重要であることを他職種にも理解が得られたように思います（管理栄養士）」などがあげられた。

2日間の講義の後に、10時間の自施設での指定事例検討の実習とレポート提出は、今回の修了者割合が68.7%であったことから簡単なことではないことがうかがえるが、修了者からは事例検討の効果への意見が多くみられた。今後、講義に続く自施設での事例検討が進めやすくする支援が求められ、より高い研修の効果が期待できる。

3) 16項目の評価基準項目からみた研修のゴールと目標の達成状況

自己評価アンケートに回答した者について、研修前の317名および、研修修了後315名について比較検討を行ったところ、16項目全てにおいて、研修前に比較して研修後に、「よくできる」と「できる」者の割合に増加がみられた。

一方、「できない」者の割合は、16項目中7項目でゼロになった。残りの9項目でも、「できない」は、1～2%に減少がみられた。

研修後に「よくできる」と「できる」の割合が8割を超えた項目は、16項目中15項目みられ、その中でも9割を超えた項目も8項目みられた。唯一、研修後に8割に届かなかった項目は、Q5の「あなたは、胃ろうや経管栄養の決定に際し、功罪を自信をもって説明できますか？」であり、74%であった。研修前の割合も28%と他の項目に比べて低い割合であった。自由記載の意見の中にも、「家族にきちんと説明できないと、安易に経管になってしまうことが多く矛盾を感じる（管理栄養士）」などがみられ、実施の難しい項目であることが示されており、説明するべき内容だけでなく、説明するための心理的な要因も含めた検討の必要性が示唆された。

研修前に、「よくできる」と「できる」を合わせた割合が最も低かったのは、Q12の認知症に関する評価項目であり、21%であったが、研修後は、82%までに上昇がみられた。また「できない」は、研修前21%であったが、研修後はゼロであった。これより、研修プログラムは、認知症の食事のBPSDのアセスメントから問題を把握したケア計画の立案に有効であったことが示された。また、Q13のエンド・オブ・ライフに関する評価項目においても、研修プログラムの有効性が示されたといえる。

自由記載には、「各専門職と意見交換することができ、充実した実習となりました。対象者も口腔維持しており、体力も回復してきています（管理栄養士）」や、「栄養士という仕事に誇りを持つことができました（管理栄養士）」などの意見がみられた。

本研修のゴールは、医療・介護サービスにおいて高齢者の「食べること」を支援する栄養ケアチームの指導者ならびに研修施設となることに設定し、16項目の評価基準項目から、参加者の自己評価より達成状況を見ると、「食べること」を通じた高齢者のQOLや個別性の尊重、そのための栄養ケア・マネジメントの必要性と品質改善活動、低栄養の把握方法、栄養ケアチームの重要性と専門性の活かし方、嚥下困難、認知症やエンド・オブ・ライフといった問題への取り組み方において、いずれも高い効果が認められた。

4) 課題および要望

自由記載にみられた課題および要望には、学会活動や研修の情報提供をわかりやすくすることに関連した情報発信に関すること、e-Learningの導入など研修方法に関すること、薬剤師、調理師、医師からは、研修内容の検討を希望する意見などがあげられた。

5. 結論

参加登録者736名のうち、2日間の講座に参加できた者は707名であった。属性の特徴は、女性が約9割、男性が約1割であった。職種別では、多い順に管理栄養士61.8%、看護師11.9%、介護福祉士4.0%であった。参加職種は多岐にわたり、この3職種を加えて19職種とその

他を合わせると20職種以上の参加がみられ、栄養ケアチームへの関心の高さと、多職種と一緒に受ける研修へのニーズの高さが示された。

研修会参加者707名のうち、指定事例検討の実習とレポート提出を行った者は486名(68.7%)であった。486名の属性は、2日間の講座に参加した707名と同様の傾向であった。2日間の講義の後に、10時間の自施設での指定事例検討の実習とレポート提出は、簡単なことではないことがうかがえるが、修了者からは事例検討の効果への意見が多くみられた。

自己評価アンケートに回答した者について、研修前の317名および、研修修了後315名について比較検討を行ったところ、研修前に比較して研修後に、「よくできる」と「できる」の割合が8割を超えた項目は16項目中15項目みられ、その中でも9割を超えた項目も8項目みられた。一方、「できない」者の割合は、16項目中7項目でゼロになった。残りの9項目でも、「できない」は、1～2%に減少がみられた。本研修のゴールは、医療・介護サービスにおいて高齢者の「食べること」を支援する栄養ケアチームの指導者ならびに研修施設となることに設定し、16項目の評価基準項目から、参加者の自己評価より達成状況をみると、「食べること」を通じた高齢者のQOLや個別性の尊重、そのための栄養ケア・マネジメントの必要性と品質改善活動、低栄養の把握方法、栄養ケアチームの重要性和専門性の活かし方、嚥下困難、認知症やエンド・オブ・ライフといった問題への取り組み方において、いずれも高い効果が認められた。

表3. 栄養ケアチーム指導者研修会に対する感想・意見・要望

回答回数	所属施設	職種	意見
1	その他	その他	臨床検査技師は、まだNSTの正式な一員となっていない。今後は正式になるべく努力を、技師会とともに働きかけていこうと考えています。
1	その他	医師	がん患者の栄養管理に多くに関心があります。
1	その他	医師	栄養に対する教育がなされていない時代の医学教育を受けてきたので栄養に対するシステム化された経験が少なくNSTの指導に苦勞しています。スタッフを育てたいが、如何にやするか。なにか御教示いただければ幸いです。他、高齢化時代で認知症も増加し、食べる意思がない方をどうするかも大きな問題です。
1	その他	看護師	今回の研修会では管理栄養士の方が8割程度で、他のセラピストが少なかつたために交流を深める事ができず残念でしたが、今後の課題と受け止め、私の所属する病院での伝達講習を行い、栄養サポートが多職種によって行われるべき事であることを訴えて行きたいと思えます。
1	その他	看護師	様々な専門職の立場から、高齢者のQOLの向上につながる栄養サポートについて広い視野で考え、学ぶことができる場であることをお願いします。
1	その他	管理栄養士	アンケート内容が施設に関するものが主だったので、病院からの参加の場合、アンケートに答えにくい箇所がありました(施設・病院両方での実務があったので)。
1	その他	管理栄養士	チームで改善に取り組む研修会は地域でも実施しているが、より深い研修会を企画すると環境的に厳しいところもあり今回このような機会は非常に意義深いものと存じます。更に自身研鑽し地域へ発信できればと思います。
1	その他	管理栄養士	委託給食会社に所属し給食及び専門職(栄養士・管理栄養士)へのサポートをおこなっておりますので回答について不適切なものがあるかもしれないかもしれませんがご了承下さい。ただ個人的には委託会社には委託会社に所属する栄養士・管理栄養士を上手く活用できる仕組みが出来るかと良いと考えています。
1	その他	管理栄養士	栄養士にとって大変意味のある学会だと思います。実際に参加しての実感です。
1	その他	管理栄養士	介護保険の中での栄養管理はかなり乏しい状況であると思う。療養型病院も同じ状況にあり、食事は生きることであり、介護保険の施設内では、食べられないことは仕方なく、死に向かう前段階と捕らえられるように感じられる。また、食生活の不安を抱えている高齢者は多く、それを受け入れる栄養管理は栄養相談または栄養管理をする体制がうまく活用されていないこと、栄養士として何をすべきか日々模索しております。エンドオブライフ、また、PEGへの移行時期等、研修でお聞きできることを楽しみにしております。
1	その他	管理栄養士	学会に関することではありませんがアンケートの問いでこれから関わろうとしているので実務年数0と入力しました。これから始めようと研修に参加する方もいます。0入力を進めるようにしてはいいかがでしょうか
1	その他	管理栄養士	現在、委託給食会社の本社勤務です。そのため専属の施設がないため具体的なアンケートの回答ができませんでした。何卒、ご了承ください。日ごろは、高齢者施設のメニュー関連の業務を担当しております。すぐに実践で活かす機会はまだありませんが、今後のために勉強させていただきたいと思ひ、参加させていただきます。何卒、よろしくお願ひ申し上げます。
1	その他	管理栄養士	現在、臨床栄養士研修を受講中です。これからの管理栄養士には欠かせない資質を養成する学会だと思います。
1	その他	管理栄養士	今回の研修内容は少しですが、栄養ケア自体は浸透してきたと思われませんが、まだ管理栄養士が主体的に積極的に関わっていないように感じることがあります。またNST加算については、従事スタッフ等の厳しい制約があるにも関わらず、人材を新たに入れる余裕がない場合がほとんどで従来まわっているのが現状です。その上件数をあげていく必要があるため、現場は導入以前に比べてかえって窮屈な思いを強いられるように感じています。(その割に点数が低い。)栄養ケアの目的をもう一度考え、何ををもって評価するのかが問われているように思っています。今後学会でもこの件を取り上げていただけたらと思います。今回全く初めての参加です。当院は一般病院ではありますが、高齢者の入院が最近、増加傾向にあると感じています。自宅で普通に食事摂取できていれば、入院しなくても済むのではと思われ患者さんたびたび見かけます。私たち栄養士がどのように関わったらいいのか、そして出来ることもあったらいいか、ぜひともご意見を伺いたしたいと思います。

1	その他	管理栄養士	私は施設勤務ではなく保健所に勤務している管理栄養士です。高齢者ケアに携わった経験もありませんが、また施設の概要の入所定員も0ですが、0ではアンケートが先にすすみませんので、1を入力しております。今回の研修会には開催会場の福岡女子大学早淵教授から紹介をいただき、保健所として高齢者施設の栄養管理の指導・助言をしているので、その業務に役立てたいと思いついて今回研修に申込みました。施設以外の職員も参加でもよろしいでしょうか
1	その他	管理栄養士	職種については管理栄養士ですが、社会福祉主事と介護支援専門員、健康運動指導士、衛生管理者資格等を有しています。所属施設は精神障害者の福祉施設で入寮と地域支援にわかれています。入寮者は定員25名でショート、アフター、体験プログラムというあり、現在はショートステイのみ自立支援法が適用され、管理栄養士加算のみされている。来年度23年度は入寮が自立支援施設となるので栄養加算がされる。管理栄養士の業務は、業務辞令もなく他の部署の診療所及び医療ディケアの栄養業務が含まれている。このため、実際には、診療所の医師と介護職、看護師と管理栄養士と、施設外の地域の主治医とチームを組んで栄養ケアを実施している。栄養加算は現在はない。利用者の年齢にバラツキがあるが、入寮者は高齢者が多い。
1	その他	管理栄養士	知的障害者は実年齢よりも加齢であるといわれています。自分の体験を通して、老人介護施設と比較しても共感できる場面が多く見受けられます。今後の施設運営についても同学会で学んだこと生かしたいと思いついて研修会に参加しました。
1	その他	管理栄養士	病院勤務33年NST実施現在保健所勤務しておりますので、その立場として回答させていただきます。
1	その他	管理栄養士	臨床栄養士の養成等、日本の管理栄養士の資質向上のための素晴らしい学会だと思います。
1	その他	作業療法士	栄養ケア・マネジメント体制に関する改善すべき課題について、チームで継続的な品質改善活動することや効率的なチームアプローチのハードとソフトを勉強できると期待しています。
1	医療療養病床	医師	あまり知名度がないので、どんなことをやっている組織なのかわからない。
1	医療療養病床	看護師	このような研修の機会ができてうれしいです。
1	医療療養病床	看護師	高齢の方はなかなか食事の量をとることができません。少量で質のよい食事方法について詳しく知りたいと思っています。
1	医療療養病床	管理栄養士	アンケート回答に自信がありません。日々の業務で心がけ発言し、行動していますが、自信がないので今回研修会に参加したいと思いつきました。循環器専門病院のため、Drや一部の看護師は高齢者の食べることには全く関心がありません。管理栄養士としてもっと声を大にして言いたい。「食べることの大切さをみんなに理解していただきたいと思っています。
1	医療療養病床	管理栄養士	このような機会を作っていたいただきありがとうございます。しつかり学び、今後の業務に生かしていきたいと思いつきます。
1	医療療養病床	管理栄養士	なんとなく分かっていることを、他者に伝えることができるよう学びたい。
1	医療療養病床	管理栄養士	管理栄養士として、また当院の管理栄養士リーダーとして、スキルアップできるように内容に期待しています。
1	医療療養病床	管理栄養士	今後の医療、介護に対して、積極的に支援をしたいが、研修を受け、よりよい食事を提供していきたい。現在、患者の嗜好に合わせて、一部行っているが、出来る限り努力していきたい。
1	医療療養病床	管理栄養士	多くの学会がある中で日本健康・栄養システム学会がここまで食べることへの大切さについて力を入れておられるとは正直存じ上げていませんでした。また、研修は受けていませんが食べることへの大切さをぜひ勉強していきたいので研修が楽しみです。よろしくお願いつい申し上げます。
1	医療療養病床	管理栄養士	多職種による全国的な情報を習得できる非常に有益な学会であり、是非参加を続け、全国統一の医療チームが実現できる事を望み、各施設で実践、活用していきたいと思つ。
1	医療療養病床	管理栄養士	地方から来るものにとって、開始時間、終了時間が重要です（都会と異なり、交通網が発達していないため）PCなど使用しての情報提供を継続して入れていただければありがたいです
1	医療療養病床	管理栄養士	東海地方でも開催していただけたらと気軽に参加できるのでお願いついします。
1	医療療養病床	管理栄養士	東海地方でも研修会を開いて欲しい。
1	医療療養病床	管理栄養士	当院では嚥下食を行っています。高齢者の食事支援について改めて勉強したいと思つ、参加したいと思つきました。エンドオブライフについても興味がありますので、楽しみです。日々の業務の糧になればと思つきます。よろしくお願いついします。
1	医療療養病床	薬剤師	参加したことがないので、どういった内容なのかつかめていない。
1	介護療養病床	医師	今回のような研修は有意義なものだと思つ、期待しています。
1	介護療養病床	看護師	研修目的を読み、興味を持って参加させていただきます。2日間で指導者として自分自身の職種がどのように役に立つのか理解できることを期待しています。

1	介護療養病床	看護師	指導者の研修会に参加というよりも、日頃の業務の中での悩みや疑問があったので参加したわけではないのですが、みんな悩んでいるんだな、と感じ、少し気が楽になりました。
1	介護療養病床	看護師	当施設では、経腸・経鼻栄養が多いため、低栄養時と体力維持に対する栄養指導などが知りたい。チームワークとして、1人1人の栄養管理の方法が知りたい。
1	介護療養病床	看護師	病院内でNST活動を行っているが、成果が見えてこない。研修会に参加することで、いままでの活動で良いのか、見直し、今後の活動に繋げていきたいと思っています。
1	介護療養病床	管理栄養士	エンドプライフの患者が当院にもいます。その現状における対応、考え方など、参考になった。食事が食べられない患者に対して何が原因かその問題点、課題、他職種との協働で解決されるよう取り組みのやり方がわかり、大変参考になった。
1	介護療養病床	管理栄養士	院内の制約も多いため、質の向上を目指したい
1	介護療養病床	管理栄養士	定期的に繰り返し同じことでも学びたい医師も積極的に参加してもらえ体制を作ってほしい
1	介護老人福祉施設	その他	調理師として、色々勉強し、今以上にチームケアをよくしていきたいと思っています。
1	介護老人福祉施設	介護支援専門員	あまり、乗り気じゃないが頑張ります。
1	介護老人福祉施設	介護支援専門員	どのような意見をあげていいのかわかりません。
1	介護老人福祉施設	介護職	介護職として、どこまで栄養の専門性を理解しているのかわかる機会を得たので、知識を増やしたい。
1	介護老人福祉施設	看護師	栄養ケアチームというものが現在、施設では活用されてなく勉強不足にて、ぜひ学ばせて下さい。
1	介護老人福祉施設	看護師	現在、介護施設での嚥下機能の問題、認知症、看取りの問題に直面しています。嚥下機能の問題は、往診の歯科の先生や大病院の嚥下リハビリの先生の下、介護に続けていくようにしています。認知症の問題は、認知症のケアの勉強をし、医療との連携の下、実施しており、食事の認知症の問題は、日頃の認知症のケア(寝てきりではなく身体を起こし、活動性を高めることも含め)を根本的に行わなければ解決しません。看取りは、平成16年度から当施設で行っていますが、自然な形で尊厳ある死を迎えるためには、きちんとした理念をもっていかなければなりません。そんな中、当苑では、施設長をはじめ、栄養士、看護師、介護職員等協働して、高齢者にたいして食の援助を、チームとして勉強し、取り組んで生きたいと思っています。今後とも宜しくお願い致します人間として、食べることは、人生において一番の楽しみであり、高齢になるとその役割が大きくなっていくと考えられる。当ホームにおいても、食事を摂取することはとても重要なポイントである。食事を摂取する効果的な方法について学びたい。専門性をいかし、食べることの大切さを理解、伝達できるよう、研修の場を増やして欲しい。
1	介護老人福祉施設	看護師	アンケート回答で、思いはあっても説明できるかどうかが大事だと気付かされました。自分の栄養ケア業務の糧にしたいと参加希望をしましたが、自己評価も含め現在の能力が問われる研修であり、ついていけないかどうか不安になりひびんでいます。時間を無駄にしないように望みたいと思います。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	いつもご指導いただきありがとうございます。栄養ケア・マネジメント業務においての手法のご指導と貴重な情報をいただき勉強させていただきます。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	このような他職種が共同で栄養ケアチームについて一緒に勉強会を開催されることはよいと思います。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	この度、こちらでの研修に初めて参加させていただきました。管理栄養士として20年、特養に勤務して10年が過ぎ、これまで医療施設で勤務していた知識とはまた違った視点や、高齢者福祉施設では必要だということに気づき、現在、特養で管理栄養士として勤務しながら福祉大学(通信制)に在学中です。今回のこの研修で、さらに深く学んでいきたいと思っております。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	どんな研修会なのか不安と楽しみ両方の気持ちでいっぱいです。また研修を受けるにあたり、専門職としてスキルアップできればよいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	ワークショップにも少し時間が欲しいです。他職種の意見が聞けて良かった。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	栄養ケア・マネジメントが平成17年に始まり、すでに数年経過しました。施設職員の中にもBMI、体重減少、アルブミン、低栄養状態という言葉が浸透し、栄養ケアは、以前と比べて、格段に良くなってきていると感じています。介護職員全体が、栄養に対して興味を持ち、働きかけているように感じています。今後、もう一段の摂食嚥下、看取りについて、それぞれの利用者さまに寄り添って行いたいと思っています。栄養ケアの中の看取りについての倫理面、栄養面、医療面、ご家族への対応などについて、もっと学べればよいと思っています。情報の発信や研修などをお願いしたいと思っております。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	栄養ケア・マネジメント開始の平成17年8月に導入のための研修を受け10月から実務を行ってきただけです。栄養士会での研修を受けながら現在に至っているが、なにごとでも栄養部門は一人で行っている(一人職種)ため、独りよがりになりがちである。今回の研修で利用者にとつてより良いプランのたてかたを、多職種との協働の仕方を学びたいと思っております。

1	介護老人福祉施設	管理栄養士	栄養ケアの大切さは十分理解できませんが、説明となると躊躇してしまいます。もっと積極的に関わってあげたら、といつも思っており
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	栄養ケア・マネジメントを人にうまく説明することができないので、少しでも、理解してもらえるように説明できるようにしたいです。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	栄養ケア計画は、施設ケア計画の一部であり、私たちの施設でも6ヶ月に1回のケアカンファレンスの中で、栄養ケアについて説明している。が、管理栄養士が中心となり、カンファレンスを開くことはあまり多くなく、モニタリングも多職種で行えていない状態。施設において、管理栄養士の立ち位置はどのあたりなのか、対等ではないような気がする。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	栄養士として、チームの1人として、どこをどういう風に関わっていったらいいのかわからない。良い姿勢のポイント、咀嚼の事、嚥下の事など、良い例悪い例、その場合の改善方法等、又家族に理解しやすい計画書の作成方法について知りたい。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	介護現場の職員が理解できる共通言語を使用した研修の機会を介護職員の情報誌に載せてほしいと感じることがあります。とても良いことをやっていると思うけれど、介護職員には難しいと感じています。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	各施設で栄養士の処遇や栄養ケアセンターへの関わり方が異なるので、どうしても各施設の現状に合わせた部分でしか学習ができ
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	ない(関心がない)。学習しても実践できない分野でのレベルアップが難しいと感じている。また福祉の栄養士が目指す姿が見えず、臨床分野で働いている栄養士に取り残されている感じがあるように思う。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	管理栄養士の責任のみが重くならないような気がします。栄養ケアチーム指導者にはメリットがあるのでしょうか？チームの中で一番待遇が低い指導者でありたいでしょうか？栄養ケアに伴うリスクマネジメントについての勉強も必要だと思いますのでそのような研修も行ってください。今回の研修の趣旨が不明瞭な気がします。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	管理栄養士業務の中で、日頃から行っている内容が多かったのですが、途中から指導者の認定補講というものがわかりました。自分自身がやらなければならないことは、がんばれるのですが、施設の雰囲気、他職種の消極的な態度を改善していくには、相当なエネルギーが必要だと思います。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	研修に参加する前なので、現時点ではなんとも言えないです。当施設では、この4～5年の間に経管栄養の方が増加しました。経管栄養(特に胃瘻)は、延命の為のものではなかったはずですが、現在は、口からたべられなくなると鼻腔や胃瘻にするという流れになっていきます。ほとんど反応もなくなってきた、ベッド上で生かされているという状態の場合は、複雑な気持ちです。医療の発達が良いことですが、医療側の意識と私たちの生きること、死ぬことに対する死生観がかりかっていることにも問題があるのではないのでしょうか。口から食べることを支援するのはやぶさかではありませんが、もっと根っこ部分を何とかしたいと感じる今日この頃です。栄養ケアチームの指導、研修に関しては、私個人で決めることではありませんが、現時点では、自分自身が研修を受け
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	て学ぶことから始めてみたいと思います。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	現勤務施設の前に療養型医療施設で働いていた時は摂食嚥下障害の患者に深く関わる仕事に就いていました。そのため、摂食嚥下については経験が積むことができたが、その他の経管栄養や認知症・エンドオブライフのような高齢者にとって大きな問題となっている事について知識不足を感じています。老人介護福祉施設では、ドクターが常駐ではないので栄養管理について相談や指示を仰ぐこともできない状態のため知識を増やしたり、経験を積むことも自信のない状態のままとなっており、特養の栄養士は不安のなか業務をしておりません。このような学べる機会を作って頂きまして感謝申し上げます。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	現在、あまり自信はありませんが、研修に参加して頑張りたいと思います。よろしくお願ひします。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	現在、給食管理や他施設・他事業所の業務遂行を担うことが多く、どんな栄養ケアから離れていく業務を行っています。栄養ケアが立ち上がった当時は、研修に参加できる立場ではなく、現在ではもつとすすんだ状況での研修が多くてなかなかついていきません。たまたま、研修等に参加できても、通常業務に展れば、栄養ケアを行う時間もある余裕もない状態です。負担が大きくない継続的な研修や情報の公開があれば、もう少し現実的な参加や学習ができるのでは？
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	高齢者の「食べること」の大きさが最近ひしひしと感じています。特養栄養士がやらなければならない事を示していただけたらと思います
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	高齢者施設の入所者が徐々に全身の機能低下を起こしている、口から食えることが困難になっていく中で、いかにして嚥下などの機能を維持していくかを各職種間で検討しながら協力し合い実施しているが、この研修会でより具体的な事例を学ぶことができたら
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	高齢者施設の入所者が徐々に嚥下機能低下を起こしている、口から食えることが困難になっていく中で、機能をいかにして維持していくかを多職種間で協力しながら実施しているが、その他の外部からの情報の得かたなどをこの研修会で学べたらと思います。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	今回の研修会について、他施設の管理栄養士の方から情報を得ることが出来た為、参加できた。可能であれば、施設に通知をして
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	いただきました。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	今後とも高齢者の栄養ケア・マネジメントに関わる新しい情報の提供をお願いします。

1	介護老人福祉施設	管理栄養士	子育てのため一時期プランクがあり、初めて参加させていたと思います。私にとっては大いに関心があり、施設では実施していないので、常勤となり栄養ケアチーム体制を進めていきたいと考えております。このような研修会をもっと開催していただきたいと思いま
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	施設では一人職場のため研修で積極的な法的流れや考え方の方向性を勉強していかないとと思っています。8日からの研修、ご指導いただけるのを楽しみにしております。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	施設の栄養士は私ひとりなので、今までやってきた栄養ケアについて自分なりに客観的にみる機会になれば良いと思います。参加しました。経験の面から、施設から研修に出させてもらえる回数が年に2〜3回と限られている中で、今回の研修会はとも内容の濃い、講師の先生方も素晴らしい先生方でしたので、貴重な1回になると思っています。平成23年度を見据えて、勉強したいと思っ
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	私が勤務している特別養護老人ホームでは、栄養士という職種は、一人職種が多く、食事に関するすべての面での専門的問題に一人を取り組むことが義務付けられています。私自身は、その中でも嚥下に関する問題に特に力を入れています。栄養ケアチームでは、チームでの取り組みを実践できていることに期待しています。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	自信をもって説明できるくらいに勉強していきたいと思っています。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	自分自身では、自宅から近く、交通の便が良いところで研修があり、都合が良かったです。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	食べることの大切さ、重要さを栄養士以外の他の職種の方に正しい知識として、どんどん知ってほしいと思います。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	厨房の現場で4年ほど実務経験をし、管理栄養士となって2年ほどです。まだまだ分からないことばかりで、勉強の必要性を感じながら日々の業務等をこなす事ではいい状態にありますが、知識習得に向けて、努力していきたいと感じます。まだまだ分からない事ばかりで戸惑う事が多いと思いますが、思い切って参加させていただくことにしました。宜しくお願いします。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	生活の支援をケアマネを中心に行っています。栄養を中心とした栄養ケアチームとしては、していないように思います。ただ、栄養の情報や栄養士からできるかわり方をしています。食事介助や体重測定は、必ず参加し協力してもらっています。情報の共有化できるようにミーティングに参加し、助言や発言をしています。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	専門性が高く、今回は良い機会を得られたと喜んでおります。しっかりと学びたいです。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	多職種協働での栄養ケアとしてのチームはあります。この研修を受け、施設内でチームを作り活動していきたいと思っ
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	特になし。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	日本健康・栄養システム学会のことはまだまだよく理解できていません。特別養護老人ホームで暮らす方々に安全に楽しく食事をしていたために私に私にできることを学びたく研修を申込みました。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	平成17年から栄養ケア・マネジメント研修を受けていただき、NCMRIリーダー取得そして昨年は臨床栄養師もいただきそれぞれの研修を通じてたくさんの方の事を学ばせていただき大変感謝しております。これからも多くの人が最後まで自分らしく生きていくお手伝いをこの仕事を通してさせていきたいと思っています。今後ともよろしくお願ひいたします。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	勉強できる機会を多く作ってほしいです。
1	介護老人福祉施設	管理栄養士	現在はほとんどわからない状態なので、今回の研修をもとに理解を深めて、今後にかかしていただきたいと思っ
1	介護老人福祉施設	作業療法士	作業療法士として、どう栄養ケアチームの一貫としてかわっていくか？いけるか？姿勢・口腔機能・メンタルと…。今一度「たべることについて」の考え、口腔内の解剖、嚥下のメカニズム等を改めて学びたい。
1	介護老人福祉施設	作業療法士	ご多忙の折、このような充実した研修の運営にご尽力頂き誠に御礼申し上げます。今回、壇上カンファレンスの機会を賜り、光栄に感じております。借越ながら、何百人が参加される研修会の壇上カンファレンスですので、もう少し早くお声がけを頂ければ幸いです。御用納めの日に突然、今回のお話を頂き、当方小心者の故、落ち着かない気持ちのまま新年を迎える事となりました。なにぶん経験も足りず、行き届かない内容になるかと存じますが、ご指導の程よろしくお願ひ致します。
1	介護老人福祉施設	社会福祉士	栄養ケアチームの運用の実際に興味があります。
1	介護老人保健施設	介護職	介護職として、栄養についての基礎を学ぶことができたことが収穫でした。個々のケースについて栄養チームとして関わろうという今後も対応していきたいと思っ
1	介護老人保健施設	介護職	分からない事が沢山あり、今回の研修会にて少しでも自分の中に取り込んでいきたいと思っ
1	介護老人保健施設	看護師	事の大切さを伝えて行けたらと思っ
1	介護老人保健施設	看護師	チームでかわる意義を再確認し、今後の業務に役立てたい。
1	介護老人保健施設	看護師	口から食べることの意義、それを支援していくためには、食事の形態から、介助方法、嚥下の確認と他職種が関わっていくことが大切だと思っ

1	介護老人保健施設	管理栄養士	「介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの実務のために」の冊子を長い間参考させていただきましたが、最新改訂版などを出していただけるとありがたいです
1	介護老人保健施設	管理栄養士	2日間の貴重な研修会を、とても楽しみにしています
1	介護老人保健施設	管理栄養士	いつもご指導ありがとうございます。貴学会主催の今までの研修会に参加させて頂いたことで、老健での栄養ケア・マネジメント業務は何とかこなせている状態です。明日からの研修会で、自分の知らないことを教えていただき、これからも勉強をしていくつもりです。よろしくお願ひ申し上げます
1	介護老人保健施設	管理栄養士	チームでどのような栄養ケア・マネジメントをするのが楽しみである。
1	介護老人保健施設	管理栄養士	栄養ケア・マネジメントを実施しているが、管理栄養士としての専門的なマネジメントがちゃんとできているのか不安で、また、1施設にひとりという点で、専門同士で検討したり、相談したりすることができず悩むこともあります。自信をもって栄養管理ができるように、研修に臨みたいと思います
1	介護老人保健施設	管理栄養士	学会に参加して多職種で栄養について深く討議できる機会を作って行きたいと思う
1	介護老人保健施設	管理栄養士	現在の施設の栄養ケアプランは、利用者にとって、家族にとって意味のある意義のあるものか？他の職員にとって栄養ケアプランはどのような関わっているのかどうかの見直しのために今回は勉強していきたいと考えています。宜しくお願い致します
1	介護老人保健施設	管理栄養士	高齢者の「食べる事」を支援するシステムづくりの必要性は理解できますが施設での立ち上げには行動力はもちろん、栄養士としての能力も必要、まだまだ勉強不足です
1	介護老人保健施設	管理栄養士	今の職場づくまで、老健施設に関する知識が十分ではなかった。医療中心の栄養を考えていたので、生活の場としての栄養に携わることの重要性を知る機会を得たことは、良かった。これから遅ればせながら、生活の場の栄養により貢献できれはと思う
1	介護老人保健施設	管理栄養士	今回、他職種参加型の研修により、日頃のチームワークの大切さを再認しています。職種間の共通したテーマやケアを反映しているかと思っています
1	介護老人保健施設	管理栄養士	今回の研修のように他職種が参加できる機会を設けてほしい施設内で食べることの大切さ、必要性をアピールするには栄養士の働きかけだけでは難しいが、一緒に研修会に参加することで栄養・食べることについての理解を得るのに有効であると思う
1	介護老人保健施設	管理栄養士	私は、日々仕事をしながら、高齢者に対する「口から食べる」ことの大切さは十分に感じているのですが、では実際にどのようにすれば解決につながるのか？・・・その道筋がなかなかつかめない状況で・・・他の職種の方へもどのように説明し、協力を得るか、ということになると今の所出ていないように思います。そのうち他の職種の方から「これじゃあ胃ろうしかないね。」という会話を耳にすると・・・胃ろうになって栄養面で改善されたあとの経口への帰り道がない！と痛感しています。今回より研修に参加させていただいて当施設での食に対する体制作りと、各職種への栄養士としてのアプローチの方法を学んでゆきたいと思っております。どうぞ上記のアンケートに回答していく中で、改めて聞かれると、自信を持って説明できると言い切れる項目が少くない状態です。今回の研修に参加させていただく中で、勉強させていただきたいと考えています
1	介護老人保健施設	管理栄養士	上記の疑問についてですが、必要があればご協力したいとは考えております
1	介護老人保健施設	管理栄養士	他職種の参加をもっと促すような呼びかけがあれば良いと思う
1	介護老人保健施設	管理栄養士	特にございません
1	介護老人保健施設	管理栄養士	特にはありませんが、今回初めて参加させていただきました。今後もこのような会が開催される際は、出来る限り参加させていただきます、業務に活かしていきたいと思ひます
1	介護老人保健施設	管理栄養士	日頃えられない知識を学びたい。頭で漠然とわかっていても人に伝えるのは難しいのでその技術や実際に役立つ技術を得たい。
1	介護老人保健施設	管理栄養士	日頃の業務の中で、伝えること、説明することの難しさを痛感しています。今回の研修を通して自信を持って伝えることができると管理栄養士になれたらと思います。どうぞよろしくお願ひいたします
1	介護老人保健施設	管理栄養士	認知症で食事が低下している高齢者が通所、入所とも増えています。家族様も悩んでおられます。認知症の症状は様々で対応に悩んでいたところ、今回の研修を知り、遠方ではありましたが即申し込みました。多職種の体制があっても機能するのは難しいものもあります。介護保険における栄養ケアチームの大切さを学び、実践していきたいと思ひます。よろしくお願ひします
1	介護老人保健施設	歯科医師	歯科医師のためこのような学会の存在はほらなかった。管理栄養士以外の職種で学会に加入している方がどの程度いるのか聞きたい。管理栄養士以外の職種にも栄養マネジメントの啓発してほしい。
2	その他	その他	最後の模擬実践のワークシツプがよかったですと思ひます。知識をつけて、ワークシツプにつけていきたいと思います。着実にケアプランの作成を学び、重複しない効率的で患者本位の実践に結びつけていきたいと思います

2	その他	医師	とても分かりやすい研修会でした。テーマが明確でした。
2	その他	医師	慢性期医療協会のすすめにより平成22年11月の福岡女子大学での研修会に参加しましたがかなり基礎的な講義が行われました。おそらく介護系のスタッフを対象として企画されたのではないかと思われれます。病院の管理栄養士などには平易すぎたかもしれません。23年2月九州産業大学でまた研修会がありますので期待しております。
2	その他	看護師	今回の研修会で、栄養ケアチームは各種専門分野から専門職種によるアセスメントとケアプランを持ちよせ、カンファレンスし介入を実践し評価していくというものであると学びました。研修内でのワークショップの設定は、有意義なものであると思いますが、事前に各専門職の設定をきちんとされたいと思っております。私は病院職員です。病院の職種が介護施設と違っています。介護施設の場合、病院の場合、と別に設定されて事前に施設依頼されているという課題は、良い方法だと思いました。(病院対象の研修ではなかったのなら、すみません)各人がアセスメントケアをプランニングするという課題は、私も早速いただいた資料を活用し試行錯誤しながら何とか作成しました。2日目はワークショップでの解説に期待しながら臨みましたが、事例Aの解釈に関しては、受講者の向上心を軽視されているような印象を受けました。課題を出された以上は、提出物に目を通し分析または評価する責任があるのではないのでしょうか。非常に残念に思っています。ごめんなさい。事例が1つで「尊厳死と安楽死」胃腸導入の判断と経口摂取など…自分が現場で遭遇している問題点など、照らし合わせ、考えています。NST委員会の中で今後このように「医療倫理」について当院でも話し合いの場が必要と感じました。
2	その他	管理栄養士	2日間の研修、ありがとうございました。行政という立場で知識は持ち合わせているつもりでしたが、実践経験はありませんので、知識の再確認と実践への知識習得になりました。高齢者にとつての食べることの大切さをさらに痛感しました。
2	その他	管理栄養士	2日間内容の濃い講義を受講できましたこと感謝致します。昨年92歳で亡くなった義父は90歳で胃ろうとなり、亡くなるまでの2年半間はミルクキヤラメル1日2箱、食欲がある時はおかゆと伯母特製のジュースを少し口にしていました。それぞれの介護体制の状況も異なるので望んでも無理な場合もあるのですが、エンド・オブ・ライフに関して多くの方々がかもって頂けたらと思
2	その他	管理栄養士	医療施設のNSTと違い高齢者施設・居宅においての栄養ケアは数字としての結果が見えにくいものだと考えます。人の一生の最後にとつての栄養とケアというツールを使い寄り添えるか非常に難しい問題でもあり歴史もこれからの時代にも必要とされると思います。現在委託給食に所属する管理栄養士は所謂栄養ケアに係る加算算定に影響を与えなくなっています。栄養ケアを必要とするご本人のためにというの簡単ですが現実問題として活動費用等々原資が無ければ施設内でも認められず活動に行き詰るというのが現実です。管理者からすると当然判断し易いのは活動を数字で見える化する事です。栄養ケアを必要とする高齢者が増えていく中で委託に所属しようがどこに所属しようが管理栄養士であることには変わり無いです。実は施設利用者より他施設での運用実態を聞いたり見たりという点では有効に活用できる面もあるはずで、色んな課題も多いかもれませんがこのマンパワーを上手く活用していく仕組みが出来ないか日々考えております。日本人の健康と栄養を守る為にシステムを考えるのであるならば非管理栄養士の構造全研修内容が当たり前すぎず、研修を受ける必要性が感じられませんでした。研修時間を消化するだけでなく、もつと内容あるものにしていただきたいです。
2	その他	管理栄養士	現場に参加して日が浅いこと、自分に自信が浅いことから、実際の場面では浅いかかわりだけで逃げてしまっている場面、意識していないときでも結構あったと思います。疾患や各アセスメント法も興味がありますが、もう少しコミュニケーションについても内容に含ませていただければと思います。教科書通りにできないのは当たり前ですが、手探りで自分にあつたやり方を探しています。何かひとつでも方向性を示していただけたら、と虫のいい話ですが考えてまいります。
2	その他	管理栄養士	今回の研修で、尊厳死について改めて考える機会になりました。
2	その他	管理栄養士	障害者の施設での栄養マネジメントをしていますが、老人の低栄養と違って難しい面があります障害者のごとも研修内容にいれてもらえたらうれしいですよろしくお願ひします
2	その他	管理栄養士	精神科病院(一般科あり)に勤務していますが、今回の研修に参加し質疑応答を聴講している中、退院後の患者について老健や特養に向けて、栄養情報(診療情報提供書など)が少なく思えました。ペーパーによる情報だけでは、食形態や食種(栄養量)など施設ごとの呼称であったり、取り決めの中で動いているので一概には言えませんが、今後管理栄養士の専門性を高めるうえでも医師の負担を軽減する目的としても、何らかの対策が講じられれば良いのではと考えます。
2	その他	管理栄養士	静岡での研修も大変参考になりました。
2	その他	管理栄養士	摂食嚥下障害について、言語聴覚士や歯科医師等、診断・リハビリ等に関して相談できる機関や社会資源を広く紹介していただき

2	その他	管理栄養士	多職種がチームで支援する有用性は非常に大きく且つ不可欠であり対象者様のQOLをいかに高められるかという視点を自身スキルアップしていきたいので、研修させて頂ける機会がとて有難いです。
2	その他	薬剤師	私は薬剤師なんですが、上記アンケートに関して、「自身の専門性を生かしたケア計画」というところで、実際どのように関わられるか難しいように思います。看護師・栄養士・言語聴覚士などは中心に関与していく職種なので、回答しやすいとおもいますが…その他のコメディカルとしてはなかなか回答に困ります。
2	医療療養病床	医師	高齢者の臨床栄養の講義は、内容が古過ぎ(5~6年前の内容で、すでに常識)、あまりにも基本的過ぎて、時間の無駄だった。認知症高齢者のBPSD対策の講義では、単なる症例報告で、そのくらの試みは、今、いろいろな施設でもやっているというよう内容で、組織的、体系的なものは何もなく、認知症高齢者では個別ケアが大切という以外、あまり参考にならない。
2	医療療養病床	看護師	研修を終え思った事は専門用語が難しく、普段使わない言葉が数多く、話を聞いていて実際に職場でやっている事が多く感じられた改めて良い勉強が出来たと感謝しています
2	医療療養病床	看護師	現在勤務している病院にはSTや歯科衛生士、ケアマネージャーはいないので、そのような職種のかたの意見を聞けてよかったです
2	医療療養病床	管理栄養士	とても勉強になりました
2	医療療養病床	管理栄養士	各講演会の先生の話を聞いて、なるほど分かりました。高齢者が口から食べる大切さをさらに分かりました。個人対応を出来るだけしていきたいです。
2	医療療養病床	管理栄養士	患者さん自身の意志を尊重することの大切さを改めて感じた。
2	医療療養病床	管理栄養士	研修に参加させていただいて、エンドオブライフについてとても考えさせられました。高齢者の方に、本人の希望、ご家族の希望を踏まえて、食べることに考えていきたいと思えます。参考になりました。
2	医療療養病床	管理栄養士	研修会の時間配分がプログラム通りできつちりとしており、短い時間で栄養の基本の「き」を学べる内容だったのは素晴らしいと思えました。他職種が集まるので研修会はなかなか学術集会以外ないものですし、参加者が多く中、意見交換や質問の場が多かったことは司会進行や研修内容に対する満足度が高いからこそだと思います。栄養に関してここまで力を入れている学会だと正直存じ上とは研修会は大変有意義でした。参加できたことをうれしく思うと同時に今後の業務に役立てて行きたいと思えます。管理栄養士ばかりではなく多職種の参加がもっとたくさんあれば色々なご意見を伺うことが出来たと思えます。もう少し、皆さんとの交流の場や時間をとっていただけたら良かったかな。とも思います。ありがとうございました。
2	医療療養病床	管理栄養士	研修会場をもう少し増やして欲しい。栄養サポートチーム加算に直接的に関わってくる病院での栄養管理加算についてやサポートチームでの概要などをもっと詳しく教えて欲しいです。病院栄養管理の基礎講習をやって欲しいです。
2	医療療養病床	管理栄養士	資料(他職種にむけて)つくりについて口では説明できても、研修会などにもむけて、資料つくりが難しいと思う
2	医療療養病床	管理栄養士	実習をしたのがとてもよかったです。具体性がありました。
2	医療療養病床	管理栄養士	先日の研修会は、私にとつてとても貴重な経験になりました。新たな知識も得られましたし、考え方・気持ちなど今後の栄養士としての活動の幅を広げられるきっかけになったと強く感じています。今回学んだことをしっかり生かしていきたいと思えます。ありがとうございました。
2	医療療養病床	管理栄養士	日々の業務の中で、迷ったり疑問だつたりする部分が多くなり、大変役立つ内容だつたと思ふ。非常に協力的な医師の存在もあり受け取りができて表現は「全職種統一の表現」ではなく、「全職種統一の表現」に会の進行が出来るのではないかと思ふ。今回の研修にあたって、4つの症例はすべて病院ではなく、薬剤師は配置されていない環境であり、その中の薬剤師の専門性を生かしたケアプランというのは実際には出来ない症例でした。研修参加者の中に薬剤師がいることを踏まえたうえで、ケア中心ではなく、治療にも視点を置いた症例の中で、チームとしての関わり方を学べるような内容であつてほしいと感じました。研修の中で、薬剤師という言葉がほとんど出てこなかつた事が非常に残念でありました。次回の「栄養サポート研修会」では、チームの必須メンバーである薬剤師に何を期待するのか、何をやるべきなのかも考慮していただければ幸いです。
2	介護療養病床	医師	講習会参加も大変なので、e-Learningのシステムがあるとよい。
2	介護療養病床	看護師	栄養ケアチームの役割が理解できました。
2	介護療養病床	看護師	疑問や悩みは誰もが抱えている。疑問や悩みがあつて当然のことだと理解できました。逆に疑問を感じないでこの仕事に従事することが危険なことだと思います。
2	介護療養病床	看護師	今回の研修は初めてのことであり、説明の理解度は低いと思ふ。何度か参加しながら現在チームで開始した栄養ケアを続けていきたい。できればグループワークで実践されていた方達の方法などを聞きたかった。

2	介護療養病床	管理栄養士	栄養士以外の職種の方々の参加を募っているのであれば、それを念頭においてほしい。(講話中、管理栄養士、管理栄養士と連呼なされるので、無理をいって参加してもらった他の職種の方に申し訳なかった)
2	介護老人福祉施設	その他	調理師側主体の講演があると、もっと料理を提供する調理員のスキルアップになると思います。
2	介護老人福祉施設	介護支援専門員	研修会に参加させていただき難うございました。貴重な体験をさせていただきこれからの業務の中で、今回参加できなかった職員に伝達していきたいと思っています。BPSDのアセスメント、モニタリング票の作成や、PESによる栄養アセスメントの評価判定はすぐに取り掛かり、ケース会の充実を図っていききたいと、自施設での形式を検討しているところです。過去においても、経口移行に取り組んでおりますが、栄養の問題だけでなく精神面、環境面への配慮も尚いっそう深めていききたいと思います。有難うございました。
2	介護老人福祉施設	介護支援専門員	他職種との連携について、職種によって意識に違いがある感じがしました。
2	介護老人福祉施設	介護職	2日間の研修で、一度も把握することは少し難しいが、もう一度読み返して理解し、他職種へ指導できることは行っていききたいと思いました。まだまだ私自身理解した上で伝えていきたい。
2	介護老人福祉施設	介護職	他職種協働が必要という事は理解していたが、他職種の専門性をさらに理解する必要性を感じた。指導者としての最低限度の知識も必要となるが、何よりもチームの気持ちはひとつにまとめあげたい熱い思いが大切になると感じた。
2	介護老人福祉施設	看護師	栄養ケアについて他の職員にも学んできた事を伝えて施設でも取り組んで行きたいと思いました。
2	介護老人福祉施設	看護師	看護職としての参加でしたがとても勉強になりました。改めて高齢期における栄養ケアプランの重要性を確認できたと思います。普段何気なく行っている食形態の変更やPEGへの移行などきちんと話し合い多職種でかかわることが大切だと感じました。
2	介護老人福祉施設	看護師	内容の濃い有意義な研修で今まで自分が抱いていた栄養についての認識についての認識について足りぬ面があまりにも多いことを実感しました。しかし、内容が濃いつつ自分の理解力が乏しく、理解面でもう一度復習しないとほかの人に説明するといつう面ではまだ時間がかかりそうだと思います。
2	介護老人福祉施設	看護師	福岡会場の研修に参加させていただきありがとうございました。まだまだ勉強不足ですが、学びを深め実践できればと思います。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	12/25、12/26の研修会は大変刺激を受けました。同時に自分の管理栄養士として未熟さ・自覚のなさを改めて感じています。自分を見直しながら少しでも前進したいと思っています。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	1月8、9日の研修で難うございました。全国からの多職種参加で皆さんの熱心さに感銘を受けました。最後の意見にもありましたが語彙表現は大変難しいと感じています。設問5の胃腸云々の功罪の表現がやや気になる点です。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	2日間の研修はたいへん有意義でありました。研修生の受け入れ施設となることに対しては、関心がある反面、情報量が少なすぎて(受け入れ側に果たして)どの程度の準備が必要で、どの程度の負担が生じるのかが明確でないため、悩んでいます。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	アセスメントの重要性を感じていますので、職場でもアセスメントを取り易いチェック票を工夫していますが、難しいです。今回アセスメント及びモニタリングの要点を学ぶことができ、この票を活用させていただきケア計画につなげていこうと思っています。職場では日々利用者の生活を見ますので、ひとつひとつが貴重な事例となります。今回学んだことを、それぞれのケースにあわせて活用しようと思っています。大変勉強になりました。研修会をありがとうございました。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	アセスメント項目をうめるだけだった栄養アセスメントでしたが、今回の研修後は違った角度からアセスメントをする方法が学べ、職場で実践したいと思っています。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	いままでの業務で行ってきたことが、間違った方向では無いということが、今回の研修を受講して再確認することができました。自分自身のスキルを上げていくこと、伝えることで自分自身も勉強していくことや周りの職員に少しずつでも理解してもらえよう、日々の積み重ねが大切だと思います。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	カンファレンスをするにより、研修内容や今後のチームについての意思確認ができ、より深いものにできました。しかし、これからが本番で無駄にならないよう行っていきたいと思っています。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	このたびは研修に参加させていただきました。分かります。ありがとうございます。分かります。ありがとうございます。管理栄養士が多いなかで、まだまだ他職種共同、チームで食べることを支援する事は難しい事だと感じました。また、周りがそういう気持ちになっけないと、アンケートをお願いすることも言いにくいなと感じました。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	とても充実した研修会でした。全てが新鮮で、栄養ケア・マネジメントや栄養ケアチーム体制の大切さを実感しております。今後具体的に施設でどう進めて行けばよいのか、「相談コーナー」等が学会のHPIにあると心強いと思います。(また学会のHPを開いていなので、既に存在していたらごめんなさい)
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	ワークショップにもう少し時間をかけて話し合いが出来るかと良かったです。また、他職種の人の意見や実際の業務など参考になることが沢山ありました。講師の先生方の話も大変参考になりました。でも実習は、とても緊張して頑張らないといけないと思っております。

2	介護老人福祉施設	管理栄養士	栄養ケアチームとして、栄養ケア・マネジメント体制を作っていくためには、今回研修で得た基本的な概念を、まずは施設スタッフに伝えていかなければいけないと、理解しています。すぐに始めるにはルティーン業務に追われて難しいですが、今月中に取り掛かりたいと考えています。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	栄養ケアチーム研修についても、今回の研修で一部補えるものを作って欲しい。また2月開催の栄養サポーターチーム研修の内容を東京などでも行ってもらいたい。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	介護用語(盗食)やケアマネジメントに関する言葉の定義(アセスメント)や現場からの情報についての様々な意見が出ていたことに、一方通行でない研修のあり方が良かったと思います。医師や介護の職種が同時に研修を受けられた事は成果も期待できそうですが私達、栄養士も自分達のマネジメントのすすめ方を客観的に見る事でさらに他職種からの理解が得られると感じました。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	管理栄養士が今後どのように栄養ケアチームに関わりどのように推進して行けばよいかわかりやすい具体的な内容でとても良かったと思います。栄養ケアチームの位置づけ、栄養ケアチーム指導者の位置づけは施設内においてはどのようなのか？担当者会議やカンファレンスは施設ケアマネの位置づけは施設内においてはどうなるのか？栄養ケアチームが主導してよいのか？という点にはなりませんか？
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	関連職種が多数参加されており活気のある研修会でした。参考になる意見や講義を数多く拝聴でき、大変に参考になりました。当施設の職員からは、介護現場の職員がわかるように話をしてほしい。管理栄養士はとも良いことをやっていると思うけれど、素人にはわかりにくいのでついついおまかせになっている、との意見が多くありました。今回の研修では、介護職員やご家族などにご説明してよいかその見本まで示していただき、本当に感謝しています。すぐに実行して行きたいと思いい日々頑張っております。基礎からやり直すつもりで頑張ります。栄養士という仕事を誇りを持って食の大切さを表面上的の支援でなく、心から支援して行こうと思いました。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	基本的なことをわかりやすく説明してください。エンドオブライフに関しては、今までそういった栄養に関する研修も少なかつたので、これからもっとやって欲しいです。施設のレベルを上げていくのも1人ではできないことなので、少しずつ人を巻き込んで、栄養のレベルに関心をもっていけるようにしたい。言葉にして、人に伝えることは、いかに大切か、ワークショップではそんなことを感じました。自分のメモ書きでは、書いてあるのに、いざ、文章にできなかつたります。経験や慣れだと思いますが…。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	貴重な講義を受講でき、大変勉強させられました。栄養ケア・マネジメントが、始まり思考錯誤しながら取り組んで参りました。先生方がおっしゃっているように、高齢者が劇的な改善が見られる訳ではなく、日常の生活の維持や自己実現の為に栄養ケアであり、チームとして関わって参りましたが、改めて痛感させられました。今回、多職種看護、介護、ケアマネが参加してもらい少しでも栄養士が行っている栄養ケアについて考えてもらえたらと思います。参加させていただけました。今後も施設でチームで取り組めるようにしていきたい具体的なカンファレンスを見ることができ、大変参考になりました。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	研修に参加して、自分たちの行っていることは、栄養ケアではないと思いましたが、今、今のうちの施設において、充実した栄養ケアを目指せるのかと考えると、とても難しいと思いましたが、今後、どうしていくべきなのか、正直迷っています。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	研修のワークショップの発表ですが、個人攻撃になつてはいけなかつたのでここで言わせてください。事例Bの発表です。栄養士の体重増加に対する目標があまりに計算上のものでがっかりでした。いざご本人がわかつてくださることを期待します。また、医師の検査好きもありありでしたね。できればパネラーの皆さんから、特養で多くの検査ができるところは少ないし、89歳のご本人の願い、家族の願いが一番であることを一言お願いしたかったんです。そんなにたくさん検査が必要ならば、私だったら入院していただきます。特養は医療の必要性が高まっていますが、本来福祉施設であり生活をすることを期待します。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	研修の際は大変お世話になりました。研修を終え、アンケートに「ほほ「できる」」と答えました。が、むしろ勉強したことを実践し、自分のものとし「本当に「できる」ようにしたい」と思っています。当施設の職員は入居者にとって食事が大切と考えてくれています。しかし、「栄養ケアチーム」という表現に抵抗を感じる部署があり、そこへのアタック(説明)を考えると、「あまりできない」と回答する箇所がありました。実践で発言力を持ち形が整えていければと思います。この研修会では、食事中のBPSDの問題点の把握方法やケアプランの参考例、看取りにおける栄養ケアの考え方など大変勉強になりました。ありがたうございました。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	研修を通して改めて自分自身の知識が少なく今後も勉強していきたいと思えます。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	研修会ではご指導ありがとうございました。今回の研修を受講し、再確認できた部分もありましたがそれ以上に自分の力不足を痛感いたしました。勉強直しです。

2	介護老人福祉施設	管理栄養士	研修会に参加し、自分の業務について見返しました。心の中では常にもっと深く利用者と関わりその方なりの食べことをきめ細かく対応したいと思っても、自分の業務の大半を給食管理が占めており最も大切であり部分を後回しにするしかなく、罪悪感いっぱい業務にあたる毎日です。このようなすばらしい理想的な栄養ケアの実現に近づけるためには、福祉施設で働く管理栄養士が栄養ケアにもっとしっかり入り込めるような体制がなければ無理だと思いました。まずは人員・人材が不足しています。管理栄養士・栄養士を雇用してもらえよう配置加算など(何かメリットがなければ経営者側は給食の部分にお金をかけてくれません)を検討してもらえよう現場の声を研究の中で届けて頂けると良いのになと思います。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	研修会の資料の内容が細かく書かれていないので、わかりにくいところがたくさんあると、感じました。本人の状況が書面だけになりまずいので、なかなか状況を、把握しにくい。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	研修前は、「胃腸や経管栄養の決定に際し、功罪を自信をもって説明できますか？」の項目についてできるとは言い難かったのですが、井形先生をはじめとした高齢者の尊厳を改めて勉強し、自分なりの説明を考える機会になりました。ありがとうございました。講義をわかりやすくしていただきありがとうございます。講義の内容を整理するだけでいいになり、今後の実践にどう生かすかがまだ考えられない状態ですが、よい研修だったと思います。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	講義を受ける前と比べて、基礎的分野でもわからなかった部分が多かったです。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	今まで自分の中で高リスク者、中リスク者の改善が難しい利用者に対して、作成した栄養プランがこれで良いのか自問自答していました。今回の研修会に参加して、モヤモヤが消え、先が見えてきました。自信をもって他職種に説明ができます。また、栄養ケアをチームで取り組むことが重要であることを痛感しました。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	今回の研修は栄養ケア・マネジメントが始まって5年、試行錯誤しながらも自己流になってしまっていたマネジメントについても一度見直すことができ、又基礎の部分もしっかりと説明して事例に基づき研修できてとても良かったです。自分ではカンファレンスも必ず出席し意見を述べていたがもう少し具体的にアセスメント・モニタリング表などを用いて行えようと思った。全国各地から他職種で参加されていた今回の大会に出席できてとても有意義だったが、施設によってこのような勉強会に施設を挙げて参加している施設もあるといっても驚きました。医師・看護師なども栄養について、積極的にわかかわって行く時代なので、管理栄養士としてはより勉強していかなければと思つたので今後とも研修をたくさんお願いします。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	今回は、とてもいい研修に参加できてありがたかったです。また、今回得た知識をもとによりよいサービスの提供をしていけたらとおもいます。当施設からは、管理栄養士1名の参加でしたが、他職種にも今回の内容を周知していただき多職種それぞれの専門性を活かし、ご利用者様にとってよい計画を提供できました。実施できるよう心がけていきます。ありがとうございました。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	今回静岡にて研修に参加させていただきました。資料も豊富で、研修も充実して、スタッフも丁寧でとても有意義な研修でした。懇切丁寧な資料を参考にして、今後は栄養ケアチームの一員として自信を持って業務に携わっていきたくと思います。ありがとうございます。研修会の、「高齢者の『食』を食べることを支えるための栄養ケアチーム指導者研修」における「……」で、今後この研修が、何にどのようにつながっていくのか、もっと解りやすい言葉で説明が聞かれる場があればよいと思います。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	今後も研修会等があったら参加したいと考えています。今回の研修会はわかりやすい講義と資料でした。ありがとうございました。最後に今後の栄養士の力を確立するために、このような認定制度が必ず役に立つ時がくるというお話でしたが、福祉施設の管理栄養士の位置づけが、経営社の中で今ひとつ不安定だと思つています。4月からの改正が待たれますが……。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	静岡研修会ありがとうございました。栄養ケア・マネジメントを広げることと栄養士としての専門的な知識を深めていきたいと思つています。さらに、対象者にだけでなく地域に栄養ケア・マネジメントを広げることと栄養士としての専門的な知識を深めていきたいと思つています。さらに、対象者に對して苦痛なくエンドオブライフを送って頂けるような知識を得られるような研修を今後よろしくお願ひします。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	先日、研修会に参加させていただきました。システム自体が動き出したばかりというところもあり、明確に加算等に明言できないこともあることは承知ですが、食べることを支援するための栄養ケアチームということで他職種をなんとか連れていくことができました。が、栄養士だけが受講しているかのような話の内容であったり、臨床栄養士取得の為にサポートチームが実習行いレポート提出し、実習施設にというのとはとても、他の職種に申し訳ないような気がいたしました。高齢者の栄養ケアが栄養士だけでできないことは分かっているから多職種と一緒に研修を受講しているの、小教でも参加してくれた職種が共感しやすいようにに配慮していただければ助かります。管理栄養士は一人職種ですので今後このように研修に連れ出しにくくなってしまいます。どうぞよろしくお願ひいたしました。先日の研修は大変勉強になりました。ありがとうございました。

2	介護老人福祉施設	管理栄養士	先日は、研修に参加させていただきありがとうございました。参加した成果はとても大きく次回からの栄養ケア・マネジメントにぜひ活用させていただきたいと思っています。また、多業種連携の意義(チームで支える)、胃ろうの功罪、安らかな死などの考え方は、当苑でもっと議論を重ねなくてはならない大切なことだと感じました。方法論や手法ばかりを求めがちですが、それにはこのような考え方や目標を職員ひとりひとりがしっかりと持っているべきだと思います。私も走りながら考えたいと思います。このたびは本当に貴重な研修を開催していただきありがとうございました。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	他職種で協働していくための具体的な資料(摂取・嚥下困難の聴講、症状に関するアンケート、モニタリング票やその栄養ケア計画一覧表、食事中のBPSDに関するアセスメント、モニタリング票、その計画一覧票など)は、すぐにも施設に帰って実践できると思います。2日目の加藤先生の高齢者臨床栄養の講義では、経口摂取の大切さを感じました。腸管粘膜の萎縮が前進感染症を引き起こすメカニズムがよくわかりました。スライズ法も大変参考になりました。施設に持ち帰り、伝達していきたいです。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	2日間の研修を受講して参りました。ありがとうございます。5年前、とにかく「やらねばならぬ」という思いで必死に栄養ケア・マネジメントに携わりました。ケアマネジャーにカンファレンスを設けるようお願いし、全入居者のカンファレンスに参加して手探り状態で進めてまいりました。今回の研修は、具体的に理論的に誰がどのようケアに関わっていくのかなど、分りやすい研修でした。又、他職種協働の進め方がよく分る研修でした。ミールラウンドについては、実際とても必要なことなどはよく理解しています。栄養ケア・マネジメントを始める前までは毎日やっていた。が、実際に160人の栄養ケアをするようになってからは、時間が足りない状態です。サービスクラスをこなしてきませんでした。それでも追いつかず、遅れながら作成している状態です。管理栄養士ひとりに対して何人までが妥当なのか明確なものがないので今後検討していただきたいです。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	日本健康・栄養システム学会は、栄養ケアチームに関しては先駆的な多くの研修をしていただいていると思います。今後も更なるスキルアップのために、多くの研修を企画していただけたらと思います。今回の研修もみの多いものになりました。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	認知症高齢者、エンド・オブ・ライフ、低栄養、摂食・嚥下障害と、ポイントがつかみやすいケアマネジメントで、考えに入りやすかったです。他職種にて意見を出し合い、楽しく有意義な研修でした。
2	介護老人福祉施設	管理栄養士	有意義な研修がありありがとうございました。多職種の方が研修に参加されていて、それぞれの立場での意見を伺うことができとても勉強になりました。またこのような研修の機会には参加させていただきたいと思っています。
2	介護老人福祉施設	作業療法士	お1人お1人の状態に合わせたケアの課題、問題点、現症(症状)等、一連のアセスメントの流れをある程度理解できました。
2	介護老人福祉施設	作業療法士	嚥下・認知症の諸症状やモニタリング・アセスメント方法を再確認することができたとともに、新たな知識も得ることができました。今後、さらに知識を深め、実践していきたいと思っています。今後はさらに専門的知識を身に付けるべく、栄養ケアに関する研修会に参加できればと思っています。
2	介護老人保健施設	医師	今回のように、栄養士さん以外の職種に対しても開かれる研修会を開催していただくと、よいです。
2	介護老人保健施設	介護職	研修参加者との意見交換が有意義だった
2	介護老人保健施設	介護職	今回の研修に参加し、カンファレンスの仕方、栄養の基礎など、日常漠然としか考えていなかった事を学び、とても充実した研修でした。私は介護士なので、その基本的な栄養の話がとてもわかりやすく、講義していただいたいて、とてもいい勉強になり、知らなかったことも多かったもので、ありがとうございました。
2	介護老人保健施設	介護職	分りにくい事だらけでしたが、食事中のBPSDに対しては見直すことができ、学んだことは実践し再検討を行っていききたいと思います。経口栄養移行タイミングがわかった。しかし、ドクター指示により、誰か(管理栄養士、ST、Ns、CW)行つか、責任の所在が不明である。すすめたいか、なかなかすすめられないのが現状である。
2	介護老人保健施設	管理栄養士	エンド・オブ・ライフにある高齢者に対して、食べることの支援を大切さは理解できるが、実際にどの時点で、低栄養改善より切り替えることがいいのかの見極めが難しい。
2	介護老人保健施設	管理栄養士	すばらしいご講義ありがとうございました。大変勉強になりました。特にBPSD関連については、今まで勉強不足でしたので大変よかったです。
2	介護老人保健施設	管理栄養士	チームで行うことで、おのおのの専門分野から意見が出、利用者としては充実したケアを受けられることができ、良いことであると感じとても密度が濃い、素晴らしい研修をありがとうございました。日々の忙しさの中で、なんとか勉強していこうと頑張っているところですが、施設の中での実践をとおしてより高めてゆきたいと思っています。本日に、参加して良かったと思います。
2	介護老人保健施設	管理栄養士	栄養ケアチームの重要性について、他職種(栄養士以外)にも分かりやすい研修会が今後開催されることを望みます。

3	その他	その他	栄養補助食品の種類、適応などについて興味があります。管理栄養士の方だけでなく、他職種も基本的なことを学ぶ機会があった方がいいと思います。時間の方がいれませぬね。病院によってメーカーが違っていると思いますので。
3	その他	その他	講演ありがとうございました。これから、私の施設でもチームで取り組んでいきたいと思っています。
3	その他	管理栄養士	学会のおかげで最新の情報が学べることが出来るので、患者様や病院に役に立てる栄養士になれます。今後ご指導よろしくお願ひ致します。
3	その他	管理栄養士	研修会を通じて学んだことや、実習で他の専門職の方から意見をもらえる良い機会となりました。自分の職務で日々精一杯でしたが、仕事への取り組み方、内容を少しずつ見直していければと思います。NST加算に向けての専従要件を満たすよう、職場からの指示での参加のため、少気が重かったのですが…NSTに限らず、医療従事者として、学ぶべきことは多くあると反省しています。大学卒業後は独学でなくこなしていく日々でしたが、学会を通じて新たに学びの場を得ることができれば、と思います。大都市圏以外の地方でも研修会や学会を開催していただければ…。
3	その他	管理栄養士	行政という立場で参加させていただきました。感謝しています。チームでの栄養ケアの重要性を再認識しました。
3	その他	管理栄養士	今回の研修を通し、日本が抱える、(少子)高齢化の問題が、身近に迫っている事が老健施設などの意見を聞き改めて認識できたが、逆に対策が遅れていることも、理解できました。
3	その他	管理栄養士	今回の研修会は日々の自身のスキルアップにも繋がりが業務の見直しの良い機会でもありました。今後の活動が利用者様のQOLに繋がるような研修会の必要性を痛感致します。
3	医療療養病床	医師	sarcopenia, comorbidity, frailtyなどとオーバーラップしているより早期の低栄養、低栄養状態のリスクに着目して、早期からのアセスメント、介入法などについて、もっと積極的に検討してほしい。marasmusとかKwashiorakorとなってしまう高齢者を「治す」のではなく、そうなる前に、高齢者の栄養状態を「護る」栄養ケアが、介護予防などの観点から必要ではないかと思う。この観点から考えれば、講義の高齢者の臨床栄養などのところは、当然テキストを改訂すべきではないかと思う。
3	医療療養病床	看護師	栄養サポーターチーム研修会(福岡県・3日間)を受講したいと思いましたが、遠方である上に申し込み期日が間近で検討の余地がなくなりました。今後研修予定があるかわかりませんが、東京であれば何とか都合をつけて受講したいと思っています。
3	医療療養病床	看護師	食べるとは高齢者の生活の質を向上させ、自己現実に向き合えることを学んだ。また、胃ろうの功罪を知り、心が痛んだ。今回の研修は、高齢者の食べるとを支援するためのものであったが、たくさんの方の情報を得ることができ、実の多い研修であった。今後は職場でいかしていくつもりです。
3	医療療養病床	管理栄養士	(5)と(8)、の件に関しては、一般的な功罪の説明は出来ませんが、もっと勉強しなければ人前では説明が出来ません。
3	医療療養病床	管理栄養士	あらゆる場面における栄養ケアが理解できました。今後も積極的に学び、広げて行きたいと思っています。
3	医療療養病床	管理栄養士	栄養ケアチームといっても、まだまだ名ばかり、当院においてどれほどのスタッフが低栄養を理解しているか不安になりました。治療に関しては積極的であっても、栄養改善、患者のQOLをふまえ、プランの立案ができていくか。課題を通じ、もっとコメディカルの特徴を生かした意見交換の場となれば、いいと感じました。今後指導者としてより多くの方に、栄養ケアをご理解いただき、1人でも多く栄養ケアチームの中になってもらえよう、伝達していきたい。
3	医療療養病床	管理栄養士	研修会で2回目のアンケートに答えましたが、パソコンでのアンケートの2回目ほどはできなかつたため、始めからどちらかにした方がいいと思う。ワークシートの(1)～(5)までは内容が重複しており、また順番もわかりにくいいため、書き方を変えた方がいいと思います。加藤昌彦先生のお話は分かりやすくて良かったです。
3	医療療養病床	管理栄養士	研修参加により、自分の中では理解できたことも、他者に伝えることは難しく、うまく説明することができない。説明できないのはまだまだ理解不足だと思う。今後栄養ケアチームに参加するにあたり、これからさらに理解し、勉強していかなければならない。
3	医療療養病床	管理栄養士	今回のレポート作成にあたり、チームアプローチャができて、栄養ケアチーム大成就が築けそう、大変良い結果になった。
3	医療療養病床	管理栄養士	今回の研修を通してエンドオブライフの大切さを実感しました。当院は療養型ですの目にあたることも多く、栄養管理計画書において治療重視になってしまっていることもあり、患者さまの意思やご家族の意思を尊重できるように見ていきたいとあらためて思いました。ご家族が最後にここでよかったと思ってくれたらいいなと思います。サポートしていきたいと思ひました。
3	医療療養病床	管理栄養士	今回の研修会を通じて貴学会を知りました。実践的な活動内容だと感じました。講義の内容もとても充実していて、またテキストも読みやすく現在勉強に励んでおります。ありがとうございました。
3	医療療養病床	管理栄養士	指導者研修会に参加させていただきありがとうございました。自施設に戻り他部署に職員の見解をいただき課題作成を行いました。栄養士の立場だけではなく多職種の様々な考え方を聞く機会が持て大変有意義なものとなりました。今後多職種共同で患者様、入所者様、ご家族のお役に立てるようになっていきたいと思います。

3	医療療養病床	管理栄養士	<p>私自身、この研修を通じて、日常の中で一人ひとりに対するケア計画の作成などが、少し情性に流れていて、ように感じました。療養病床の患者さんは、家族にきちんと説明が出来ないと、安易に経管になってしまうことが多く矛盾を感じながら、家族の希望に沿ってしまふことにならないよう、ぎりぎりまで経口を考えていくことがその意味でも必要と改めて思いました。</p>
3	医療療養病床	管理栄養士	<p>多職種と協働する上で、勉強になる、良い機会を得られました。</p>
3	医療療養病床	管理栄養士	<p>日々の業務の中で、迷ったり疑問だったりする部分が多かったと思います。大変役立つ内容であったと思います。非常に協力的な医師の存在もありがたく、多くの施設がその様な体制であれば理想的だと思つた。今後は医師を含む多職種の参加を希望。ひとつ、「いろいろな受け取りができる表現」ではなく、「全職種統一の表現」を用いた方がスムーズに進行するのではないかと思ふ。</p>
3	医療療養病床	管理栄養士	<p>勉強の機会を作っていたいただきありがとうございます。現在、レポートを送るべきか、迷っています。院長や事務長や、先輩が臨床栄養師研修受託施設になることの理解を求めよう、努めます。私たちの施設は現在、とても患者様思いの調理師が働いていて、理想の実現がスムーズにできるようになってきました。管理栄養士として、専門知識をしっかり勉強していきたいです。</p>
3	医療療養病床	薬剤師	<p>2月に行われる「栄養サポートチーム研修会」では、どうしても食事が困難な場合、薬剤師として、医療面からの栄養サポート方法が学べる事を期待しています。</p>
3	介護療養病床	医師	<p>今回の研修は勉強になりました。今後は、ケースカンファレンスや困難症例の対応を考えるような機会があるとよい。</p>
3	介護療養病床	看護師	<p>NSIは内服薬に関する情報を提供し、場合によってはDRに内服薬の再考をしてもらわなければならない立場にあることは、理解はしていますが、実践できません。DRに意見をいうのははばかれます。でも言いたいことはあるのに…と。DRにどのようにアプローチすればよいのでしょうか？</p>
3	介護療養病床	看護師	<p>現在のチーム以外にも、研修を受けて欲しいので、研修回数を多くし、低受講料にして欲しい。</p>
3	介護療養病床	看護師	<p>実習を行うことで指導者の役割が理解できました。</p>
3	介護療養病床	管理栄養士	<p>栄養ケアチーム稼働に際し、それぞれの職種での人員に余裕がないように思われる。特に管理栄養士については栄養アセスメントや栄養管理計画書への関与の時間をもては持つほど余裕はない状態である。管理栄養士の専属はもとよりその他の職種の専属性も必要と思われる。</p>
3	介護療養病床	管理栄養士	<p>継続的な研修、実技研修を行って頂きたい学会発表等で発表するための、数値的他まとめ方もご指導いただきたい。このたびは大変たぬになり、実務に活かせる研修をしていただきありがとうございます。</p>
3	介護療養病床	管理栄養士	<p>研修を受けたことにより、他職種の関わりの大切さや積極的な他職種に問題点を確認し、栄養問題の参考にしたたり、食事への環境問題、エンドオブライフなどを考えるようになった。大変有意義な2日間でした。</p>
3	介護療養病床	管理栄養士	<p>研修会の進め方、その後の実習等の説明やホームページの情報が少ないので、よく分かりませんでした。(どこでアンケートに答えられるのかなど)もう少し分かりやすい方がいいと思います。指導者を目指すのであれば、今月の研修は基本的な事ばかりで、内容がもう少し合った方が為になるのではないのでしょうか。</p>
3	介護老人福祉施設	介護支援専門員	<p>研修で学ばせていただいた内容を、他職種に伝達し利用者3名のケース検討をいたしました。実際やってみて漠然と理解していたことが自分の物として納得できました。きめ細かいアセスメントで今まで見逃していたことの確認も出来、計画の充実、確実なサピス内容を捉えることが出来たようです。これから利用者への「最後のひとさじ」まで全人的ケアを基本にかかわっていききたいと思ひます。ありがとうございます。</p>
3	介護老人福祉施設	介護支援専門員	<p>今後も高齢者の栄養について持続可能な制度を提唱していただけたことを望みます。</p>
3	介護老人福祉施設	介護職	<p>実習中も読み返し、研修本を開きながら学んでいるところで、まだまだ自分自身理解が低いと思つています。すぐ伝達、研修できることとは行つていくと思うが、マネージメントするまでは他職種の研修理解、勉強会が必要だと思つています。</p>
3	介護老人福祉施設	介護職	<p>食べることが生きること、この言葉を大切に、生活支援の一部としての食事ではなく、生きるための根幹としての食事なのだと思ひ、認識、認識を改め、利用者の方ひとりひとりに合った食事を考へていきたい。また、利用者への食事の大切さについて、指導も行って、ともにスタッフ自身の食事生活についても考へ直してもう機会をもうけたい。</p>
3	介護老人福祉施設	介護職	<p>食事についての重要性を知ることができて大変良かったと思ひます。今、自分の健康を栄養によって維持している私たちは、テレビや雑誌の情報をもとに摂取しているが、食に対しては幼児期から学ぶ必要性を感じた。私が小学校の時に赤色・黄色・緑色の食品に分けてそのもっている機能をなんとなく頭で覚えていた程度で毎日食事をしている。もう少し栄養の教育がわが国でも盛んであつてほしいという世の中になれば健康寿命が伸びると思つた。栄養に関連した体のしくみに対しても知識をつけていこうと思ひます。今回研修に参画させて頂いて、これからの施設の利用者に携わる上でこの施設が栄養に取組む発達の施設であるように体制を持つていこうとチームを平成23年度からスタートしようと思つております。多職種との連携をはかり試行錯誤して取り組んいき</p>

3	介護老人福祉施設	管理栄養士	今回の研修に参加し管理栄養士が、利用者のQOL向上に大きく関わっている事を再認識いたしました。今後は積極的に、栄養ケアに関わりの高齢者の「食べることを支援して行く」と同時に施設での伝達研修にも関わって行きたいと思っております。
3	介護老人福祉施設	管理栄養士	今回の研修は、現実的な意見や参考となる事例があり、大変勉強になりました。未熟者で、勉強不足だと実感し、また、施設において管理栄養士がやらなければならないことの重要性を改めて深く感じました。ありがとうございました。
3	介護老人福祉施設	管理栄養士	今回の研修はとても有意義だったので、更に研修を重ね管理栄養士としてももう少し自信をもって仕事をしたいと思っております。まだまだ遠いところでは施設としてもコストの問題があるためやはり東京での研修をお願いしたい。
3	介護老人福祉施設	管理栄養士	今回の研修は他職種との連携がとても大切であることを実感できるものでした。しかし、管理栄養士の一人職場では、なかなか細部まで栄養ケアに踏み込めぬことも事実と思っております。何十年ぶりにレポートを作成する事に練り大変でしたが良い勉強の機会となりました。ありがとうございました。
3	介護老人福祉施設	管理栄養士	今回の研修を受講したこと、テキストの内容を読み、普段している栄養ケアマネジメントを論文という形で書いたことなどで、改めて『食べること』そして『栄養ケア』の奥深さを改めて感じました。同時に管理栄養士という職業のすばらしさ・責任も考えるきっかけとなりました。施設の栄養士はそれに気付く時間も日々過ぎていきます。でも、利用者の生活や命を預かる重要な職業であることを員失うことなく、専門職としてさらに高めて行きたいと感じました。
3	介護老人福祉施設	管理栄養士	今回の研修を通して、現在行っている栄養ケアのあり方について見直すことができました。漠然と行ってきたことを現実的なものとするためにこのような研修を受講することの大切さを感じました。また、他職種と突っ込んだ話し合いができて、有意義でした。
3	介護老人福祉施設	管理栄養士	今回の研修会、開催して頂きありがとうございました。(私が聞きたい、勉強したい内容で)これから、施設全体で取り組んでいきたいと思っております。
3	介護老人福祉施設	管理栄養士	今回は研修会に参加させていただきありがとうございました。施設では今回の研修会の報告に対し、反応はあまりありませんでした。ぜひ、特別介護老人ホームむけの講習会も開催していただきたいです。
3	介護老人福祉施設	管理栄養士	今後、介護保険で栄養ケアチームとしての加算がされるような状況になったときに、早めに研修等を開催してフォローしていただきたいと思っております。今回の研修会があり、介護職員に栄養ケアについて知ってもらう機会を与えていただき有難うございました。
3	介護老人福祉施設	管理栄養士	今後も栄養ケア・マネジメントに関するスキルアップのための研修等の企画がありましたら、ぜひ参加させていただきたいと思っております。
3	介護老人福祉施設	管理栄養士	今後も有意義な研修会を企画していただきたいです。
3	介護老人福祉施設	管理栄養士	最終の1600字以内レポートは簡潔にまとめることが難しいくらいに多職種から活発に意見が出て大変有難かったです。今後新人職員の研修内容に今回のような事例で勉強していくと多角的に観察してゆく力がつくように感じました。とても良い研修に参加できたと思っています。有難うございました。
3	介護老人福祉施設	管理栄養士	施設で働いていますが、上司や施設の理解が得られず、自分だけが空回りしているような感じです。もちろんそんなことは私自身の説明や行動力に問題があるとは思いますが、お金にならないことはやらないというような感じがあります。自分自身のやる気もモチベーションもどんどん低くなり、自身をもてない感じです。
3	介護老人福祉施設	管理栄養士	自分自身の問題にも気づく事が出来ました。有意義な研修でした。ありがとうございました。
3	介護老人福祉施設	管理栄養士	情報の少ない中で、栄養ケア計画を立案するには、各担当者からの情報提供が欠かせないと思う。特に在宅の場合は、関わる人が多いので、ケアマネジャーは大変だと感じる。ケアマネ資格を持った管理栄養士の配置とかも考えて行ければと思う。(待遇も今後、ヘルパーさんに任せている食事支援の部分の指導など、栄養士の仕事は増すと思う。レポート提出にあたり、P.220実習時間(10時間)について、1、2、3についてのレポート提出について、わかりづらかったです。
3	介護老人福祉施設	管理栄養士	食べることの大切さはある程度理解できてはいる職員が多いと思いますが、それを業務の中で行っていくことの難しさ、ゆとり等を考えると、なかなか難しい事なのかなと思っております。
3	介護老人福祉施設	管理栄養士	先ほど、レポートを完成しました。いつも自分が行っていることを忠実に再現しました。できれば、アドバイス頂けると助かります。
3	介護老人福祉施設	管理栄養士	他職種の方にこのような研修をして下さるのほとても良いと感じました。
3	介護老人福祉施設	管理栄養士	多職種でのカンファレンスの重要性を改めて感じました。なかなか1人1人のケースについて時間をとることが難しいですが、他の会話がわからず、短い時間を活用して、多職種の方の情報や意見を今ままで以上に計画に入れていきたいです。レポートは、あまり書き施設でネットにつなげていっているパソコンが1台しかなく、なかなか使用できないので、アンケートはFAXにて提出させていただきます。お手数をかけてすみません。

3	介護老人福祉施設	管理栄養士	大変貴重な研修会に参加させていただいてありがとうございます。また、このように現場での実践に直結するような研修の機会を設けていただけたとうれしいです。
3	介護老人福祉施設	管理栄養士	特別養護老人ホームにおいては、少ない職種でチームを作っています。PT・OT・STが不在の施設では、どのように役割分担しているのか知る機会を作って頂けたらありがたいと思います。
3	介護老人福祉施設	管理栄養士	福祉の栄養士は施設の食事だけに注目をして高齢者を見るだけでなく、福祉政策や地域における栄養士の役割の意義などへの思いを強くなりました。今後も研修会等に参加して、地域におけるNSTにも関わっていききたいと思います。
3	介護老人福祉施設	管理栄養士	有意義な研修を賜り、ありがとうございます。大変参考になりました。今後の自施設のカンフェレンスに積極的に意見を述べる事が出来そうです。ただ、実習生の受け入れとなると、栄養士が1人体制の施設ではなかなか困難を感じます。今回の研修とは別件ですが、予防の栄養ケアについて、当法人で実施した結果をご報告致します。昨年の3月まで高齢者支援事業部に所属し、単独DSの予防の栄養ケアを担当しております。実施方法の草案を県に提出し許可を頂き担当を2年間で完了しました。しかしこの2年間1件も要望が無く、クローズすることになりました。その際、高齢者施設・ケアサポ、総括支援センターの全職員にアンケートをお願いし、状況を調べました。問題のある高齢者は、同居・老々介護者、家族の協力を得られない方が殆どでした。また現状の食事にアラサーすることによる金銭的な問題は重大で、軌道に乗せるにはなかなか困難を極めました。
3	介護老人福祉施設	作業療法士	講義形式ではなく、今回のワーキング的な方式で事例検討等をより多く、検討し合いたい。また、実技(実際の介助方式等も取り入れながら)も取り入れて頂ければと思います。
3	介護老人福祉施設	作業療法士	認知症における食事中のBPSDについてですが、今回の研修の中での周辺症状における内容は、私たちの職種の専門性からは少し認識が違う内容が含まれていたと思います。何も知らない状態である内容であると理解し、そのまま現場の中でその知識を伝達されてしまうと職種間の中で異なる認識のもとにチームケアが行われることになってしまうと思います。
3	介護老人保健施設	その他	今まで栄養ケアについて受け身だったのが、今回、研修後の実習をさせて頂いたことで、積極的に関わっていきこうと思えるようになり異なります。業種のかたはおはなせできないところが多いです。
3	介護老人保健施設	医師	各専門職からの意見をチームとしてまとめて、個々の利用者のニーズを汲み取り支援の方向性を考えていくことの重要性を感じました。「食べること」というものへのこだわりとともに、身体機能の変化や環境変化にも対応し、より個々人を見つめ直して欲しい。
3	介護老人保健施設	介護職	具体的なカンファレンスの様子が見れたので、実際、自分たちで実習という形でカンファレンスを行う際に、スムーズに行うことができました。2つの班のカンファレンスを見れば、それぞれやり方、進め方は違うのがむしろ勉強になりました。1つの形だけだとその形にとられ、独自のカンファレンスが進めにくかった気がしました。
3	介護老人保健施設	看護師	栄養ケア・マネジメントを管理栄養士が担っているものだと思っていたが、今回の研修、実習により、関わる職種が多いほど、「食べること」の支援が生きてくる。それにはチーム指導者となる人が必要と感じた。
3	介護老人保健施設	管理栄養士	・今回の研修会について…「これでもいいのか？」と不安に思いつながら実施していた栄養ケア・マネジメントも、今回の研修で大きく自信がついた。また、症例別のマネジメント方法は、それぞれに悩んでいたのも、とても参考になった。
3	介護老人保健施設	管理栄養士	チームケア推進の大切さが十分に分かりました。参加した各職種の視点がそれぞれ専門的であり、レポート提出に関して学ぶところが多いいにありました。専門性の重要と協議する必要があると感じています。
3	介護老人保健施設	管理栄養士	栄養ケアについて、ほとんど知識がない方が、理解できるように節見栄すること(言葉で伝えること)の難しさを感じました。今後、明確に言葉で伝えられるように意識して学んでいかなければ、と思います。
3	介護老人保健施設	管理栄養士	研修に参加することで、日頃の栄養ケア業務について再確認することができたと思います。摂食嚥下困難の徴候・症状に対する栄養ケアのポイントや認知症の食事中のBPSDのポイント資料もあり、今後参考としたいと考えています。また、余談ですが、今回、課題を実施してレポート作成時に初めてワードを使用しました。慣れないため、内容よりも文書の作成に時間を要してしまいました。ワークセルの方が慣れているため、個人的にはワード指定がなかった方がありがたかったです。これも新しい経験ができた前向きに研修への参加・事後実習により、多職種協働による栄養ケアの大切さが改めてわかりました。実際、日常業務の中ではゆっくりと時間をとることがなかなかできません。しかし今回、各職種に集まってもらい事例検討(事後実習)を行ったことで様々な視点からのケアを知ることができ、今後のチームケアの重要性を考えたい機会となりました。

3	介護老人保健施設	管理栄養士	研修会を開催していただきありがとうございました。とても勉強になりました。業務だと再確認できました。研修生への指導は、栄養ケア・マネジメントの中の加算業務が、施設にとっての収益があるものでなければ、今の私の勤務状況ではご協力が難しいです。献立作成と栄養ケアマネジメント業務を一人でやっています。入所者90名併設施設もあり、1日300食弱の食料業務等はパートの方がやってくれています。その方も退職が決まり栄養士の補充は難しいようです。ご協力でできないかもしれませんが、今後の研修会には参加させていただきます。自分のレベルアップはしていくつもりです。今後ともご指導をよろしく申し上げます。
3	介護老人保健施設	管理栄養士	今回の研修に加えてレポートを提出することにより自分自身への向上はもちろんなこと、他の職種からも症例でありながら、親切丁寧に助言をもらえることが出来、大変勉強になりました。ありがとうございました。
3	介護老人保健施設	管理栄養士	今回の研修会を終った皆さんの経験をさせていただきました。大変勉強になりました。ただ、今後どのようにしていく事を期待されているのか具体的なところが見えられないのが、実状です。今後施設内においても良いのか五里霧中です。もっともスキルを積み重ねたいと思います。
3	介護老人保健施設	管理栄養士	今回栄養ケアについてのみカンファレンスを初めて行いました。多職種が重複する意見が多く、各々自分の職域以外においても目を向けている事を再認識できました。これまでの自分の仕事の方向性が間違っていないかと思え、今後の勤務の張り合いが出てきました。研修会に参加させていただいたときありがとうございました。
3	介護老人保健施設	管理栄養士	施設に勤務しているが、栄養ケア計画書の作成、説明などについて、施設ケアマネがしっかりと助けてくれる制度が欲しい。すべて一人でやるのは大変。
3	介護老人保健施設	管理栄養士	自分流のアセスメントで栄養ケア計画を作成していたが、摂食・嚥下困難の徴候・症状、食事中のBPSDIに関するアセスメントや対応する栄養ケア計画が一貫していなかった。研修を受けて初めて栄養ケアマネジメントの奥深さがわかり、真剣に勉強をしなければと興味を湧いてきた。今後このような研修会があればぜひ参加したいと思う。
3	介護老人保健施設	管理栄養士	実習を終えて、他職種へ栄養ケアの大切さや、実施の必要性を伝えられたと思います。研修を受けるだけでなく、実習も行うことで、より重要性を感じる事ができました。
3	介護老人保健施設	管理栄養士	他職種と共同で勉強会に参加できるように、勉強会の日どりや時間帯を短くするなどいろいろ工夫してほしい。栄養ケアに関して、管理栄養士と介護現場の職員の意識の差があり、理解者が他にいないので、1人で多数の職種に働きかけるのは、かなり精神的に負担を感じる。栄養士向けの説明上手になるプレゼンテーションの研修を企画して頂けるとありがたい。
3	介護老人保健施設	管理栄養士	通常、カンファレンス等での話し合いは行っていますが、事例検討を行うことで、さらに栄養ケアが重要であるということを他職種にも理解が得られたように思います。
3	介護老人保健施設	管理栄養士	様々な視点や基本的なことなどもあり、とても参加になりました。ありがとうございました。
3	介護老人保健施設	管理栄養士	利用者の奥深いところまで介入でき、どの程度まで問題が解決できるのか、改善できるか、見えるようであれば私たちの行っていることの充実感がわくのではないかと。

Ⅲ. 地域高齢者の食べることを支援する効果的な栄養・食事サービスの確保等に関する基盤づくりに向けての提言

統括管理担当 小山 秀夫 兵庫県立大学大学院教授

この飽食の時代に、障害を持った高齢者の3割から5割が低栄養状態に陥っている。1986年に T.Monson は、少なくとも30%、多い場合には50%までの高齢者の健康問題は、食生活が直接・間接的に関連していると報告した(注 i)。このショッキングな報告以降、各種の調査研究が行われ、食生活と日常生活動作能力(ADL)が関係することや、単身の在宅高齢者の40%程度が栄養学的にみて食事の問題があることが判明した。

高齢者の栄養問題がタンパク質・エネルギー低栄養状態(Protein Energy Malnutrition, PEM)であることは、医学や栄養学の世界では定説である。アメリカ合衆国の各種研究では、ナーシングホーム入所者の30%から50%が低体重者であり、上腕周囲長が平均以下とか血清アルブミン値が3.5 g/dlより低い数値を示すことが報告されている。また、追跡調査結果から、血清アルブミン値が低く、ADLの低下している高齢者の死亡率が高く、生存年数も低いことが報告された(注 ii)。

このようなことがわが国で知られるようになったのは、1995年であった。この年の厚生省老人保健健康増進等事業「在宅高齢者の栄養管理に関する研究」の分担研究者として当時国立健康・栄養研究所の杉山みち子室長(現：神奈川県立保健福祉大学教授)と国立医療・病院管理研究所医療経済部長の小山秀夫が参加した。研究結果は、米国の先行業績を裏づけることができた。ただ、どのようにすれば高齢者の栄養問題が解決できるのかは、暗中模索の状態であった。この研究班は、3年間継続され、その成果が、現在の栄養ケア・マネジメントシステムであり、健康栄養システム学会の創設と臨床栄養師養成システムである。

ささやかな研究班の設立から、多くの人々の努力と協力をえて、決して平坦ではない15年の時間が経過した。2007年10月の介護保険施設の介護報酬改定で、栄養ケア・マネジメントが制度化された。この制度の導入には、当時厚生労働省老健局老人保健課の三浦公嗣課長(現在：農林水産省審議官)の「高齢者の栄養は口から食べてもらうことだ」という鶴の一声があった。研究や啓蒙という段階から、制度としての栄養ケア・マネジメントが誕生したのである。この制度は、障害者福祉分野にもそして2010年度の診療報酬上の栄養サポート加算の新設にも影響を与えた。

システムとしての栄養ケア・マネジメントは、アセスメント、プランニング、実行、モニタリングというPDCAサイクルを重視したが、もっとも重要と考えられたのが「多職種共同」という考え方である。病院や老人保健施設あるいは社会福祉施設の栄養の専門職種は管理栄養士である。しかし、医師、歯科医師、看護師、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、介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員な

どの人々の共同が不可欠である。ケアの現場では、多職種の間がなければケア自体が成り立たないということは、現実であり、真実である。しかしながら、高齢者の栄養問題への多職種の十分な理解を得え、共同するためには、多くの課題が山積した。

このようなことから本事業は、高齢者が口から食べることの重要性を各職種協働の中で共に学び、ともに考えることを目的にしたものである。2日間の多職種の栄養に関する研修会は、多くの気づきと学びを与えてくれた。研修会の運営は、各地の大学の栄養学部の教員が学生とともに絶大なパワーを発揮した。質疑応答でも、多職種がマイクを手を取った。それは、多くの参加者が「職種協働」の意味を理解した瞬間でもあった。この研修会では、研修終了後、自施設で多職種による事例検討を義務づけた。それは、共通の問題に対して、各職種で検討する意味を体験する機会の提供になることを意図したからである。

井形委員長をはじめ多数の講師、運営者や協力者そして熱心に参加いただいた受講者の共同が、各会場で花開いていた。その成果の一部として、以下5点について、提言したい。

- ① 高齢者がいかなる状態でも、可能な限り口から食べることは、最低限の栄養学的なことばかりでなく、生命の質、人生の質、生活の質に影響していることを、広く啓蒙することが重要である。特に、栄養に関しては最大限本人あるいは家族の意思を尊重することが必要である。
- ② 国民的な高齢者の栄養問題解決には、多職種協働が必要であるため、各ケア現場での問題発見、問題解決のための実践的実学的研究、および多職種協働を基礎とした有効な研修事業が不可欠であるという、科学的基本認識を広く共有する。
- ③ 高齢者の栄養問題は、医療機関や社会福祉施設などで発生しているが、実際には、生活習慣や不十分不適切な栄養学的知識の欠落が根本にあるケースも少なくない。この意味では、公衆栄養の分野での教育、あるいは在宅高齢者に対する栄養指導などを抜本的に強化する必要がある。
- ④ 高齢者の栄養問題解決のための多職種協働は、重要なテーマであることが確認されているので、各病院や施設関係団体および専門職種団体の一層の有機的連携を確保することが重要であるため、各種団体との共同と連帯が必要である。
- ⑤ 高齢者の栄養問題解決のため、本事業は、有効かつ効果的であるため、今後も事業を継続する必要が認められる。この意味では、今後も厚生労働省の特段の配慮を強くお願いしたい。

(注 i) Monson, T. (1986) Nutritional Problems Among-Very Elderly Persons, Community Nutrition Institute 17, 4-5.

(注 ii) Corti, M. C., Guralnik et al. (1994) Serum albumin level and physical disability as predictors of mortality in older persons, JAMA 272, 1036-1042.

IV. ワークショップ：低栄養、摂食嚥下障害、認知症、エンド・オブ・ライフ事例別「食べること」を支援するための栄養ケアチーム カンファレンス

本章は、栄養ケアチーム指導者研修会におけるワークショップの記録である。本ワークショップにあたり、研修生に対しての説明は以下のとおり行なわれた。

ワークショップにあたって

目的：このワークショップは、栄養ケアチーム指導者となる参加者が、栄養ケアチーム指導者が、今後、自施設での指導にあたって取り組んで頂くワークショップについて学び、今後の自施設の実習や、施設内外の研修会において、このようなワークショップを実際に行っていただくことを目的としています。なお、多職種のチームの形成のためには、理念の共有化、課題の共通認識、専門性を生かした連携創造、協働実践が求められますので、このワークショップでは、この要素を取り入れた展開を学んでいただきます。

前日の説明

1. 前日に4つの事例（A～D）を配布します。
2. 其々次の4枚のパワーポイントから構成しています

症例のプロフィールには以下の内容を含みます。

- 年齢、性別、要介護度、ADL、疾患、身長、体重 特記すべきことなど
- 医師の診療録やサービス計画書からの特記事項
- 本人・家族の希望、嗜好、食習慣などの特記事項
- 栄養・食事に関する事項

3. 宿題の説明

あなたに担当して頂くのはA～Dのうち1つです（会場に掲示した番号別参加者氏名対応表参照のこと）。あなたの施設・病院への初回入所（院）者、あるいは居宅サービスの場合も初回時として考えてみてください。次のことを配布した5枚の紙（ポストイット）に記載して翌日ご持参ください（各紙に症例アルファベット、下記の（1）～（5）の番号、職種名は必ず記載してください）。

- （1）あなたが考えるケア（栄養・食事支援の観点から）の方針
- （2）課題把握のためのアセスメントからの追加情報。
- （3）解決すべき(解決できそうな)課題（できればPESで記載、いくつでも）
- （4）課題解決のためのケア計画（目標、あなたが担当できるケア内容）と評価(あなたができるモニタリング)指標と次回モニタリングまでの期間
- （5）協働実践のための具体的な提案（チームが協働して機能するためのストラテジ、誰がどのように情報提供し働きかけていくかなど）

翌日の研修開始前に事例別に受付の回収箱に入れてください。

当日の手順

13:10～13:15

1. ワークショップの進め方の確認〔5分〕

13:15～14:45（45分ずつ）

13:15～14:45 (各事例 45 分ずつ)

2つの事例をとりあげます。参加された施設の中から職種の異なるチーム3～4名(あらかじめ依頼させていただきます)に壇上にあがっていただき、宿題の1～4の事例について討論(カンファレンス)していただきます。

討論の手順は次のように行います。

座長役によるモジュールの確認(5分)、チームの自己紹介(5分)、栄養ケアの方針・解決すべき課題・課題解決のためのケア計画・評価項目と時期、協働実践のための具体的提案についての各自の説明(5分×4名=20分)

座長自身の追加意見や双方の意見を加えながら次の5項目を取りまとめ(15分)

14:45～15:00 休憩

15:00～15:40

4事例の担当者が症例に期待した討議上の要点と参加者から提出された意見のまとめた解説を10分ずつ行います

15:40～16:00

講師が会場の質問等に回答します

事例A【低栄養の事例】プロフィール

ショートステイ入所。89歳、男性、要介護度3、妻と二人暮らし。【入所経緯】妻が食事や排泄の介助しているが認知症症状(要支援2)があり、次女の嫁がキーパーソン。嫁が入院のため入所。【既往歴】狭心症、H17年緑内障にてほぼ全盲状態。【現病名】緑内障、H22年6月～左腸骨部、左大転子部と右腸骨部に褥瘡。右大転子部に褥瘡あり。【身長・体重】身長:165cm、体重:45kg、家では体重測定していないが痩せてきているのは著明。*声かけには返事があり、会話が成立する事もある。【障害高齢者の日常生活自立】B1、移動:全介助・車椅子・1ヶ月前より寝たきり。食事:全介助・小食・ストローで吸う力も減少。排泄:全介助・ほとんどオムツ・トイレを訴える時もある。口腔:全介助・上部分義歯作成中、義歯は食事時のみ。【認知症高齢者の日常生活自立】Ⅲb(自分の訴えは可能)。【内服薬】ゼンアスピリン、アタックス、ペンシリン、アムロジピン、レトルパー、リフター、(頓服:レキソル)(褥瘡:ゲーベンクリーム他4種類)。【本人・家族の希望、嗜好、食習慣などの特記事項】【本人の希望】痛みをなくしたい、床ずれを治したい、心地よく眠りたい。【食習慣】H22年7月頃より体力低下とともに食事量も低下しはじめている。ごはん1/3、漬物2切れ、トマトの絞り汁、果物、牛乳など。食事量が低下しているため、ラコールが処方となっているが、あまり好きではないらしい。水分は薬の時の水少量、牛乳くらいであまり飲めていない。水のみを使用。本人が好きなお握り・パンは、手に持たせると自力摂取できる。【食事環境】ここ1ヶ月間、自宅で布団の上で食事しているとのこと。自宅では、本人が食べたい時や妻の気が向いた時に食事をし、食事時間は不規則であり生活リズムは崩れている。水分摂取については、医師より1,000mlの指示が出ているが、あまり飲めていないとのこと。

事例B【摂食嚥下障害の事例】のプロフィール

B氏、89歳、女性、要介護度4、老人保健施設に新規一般入所し3日目。【入所経緯】昨年1月に同居家族が共働きであり、日中独居になるため、グループホームに入居、食事に対する拒否あり、水分摂取でのむせや食事時の吐き出しが認められる。誤嚥性肺炎による熱発により入院。グループホームでの介護が難しくなり、老健入所となる。【既往歴】77歳：胃がん 手術により胃の2/3を切除。【本人の身体情報】
【身体状態】身長：140cm 体重：30kg BMI：15.3 kg/m²。【血液検査データ】総たんぱく質 6g/dl ア
ルブミン：2.7g/dl、AST：14U/l、ALT：8U/l、総コレステロール 185mg/dl、中性脂肪：63mg/dl、BUN：12mg/dl、
クレアチニン：0.4mg/dl、空腹時血糖値：80mg/dl、ヘモグロビン A1c 4.7%。【認知症障害高齢者の日常生活自立度】Ⅲa。【服薬】カマ（酸化マグネシウム）。【食事形態や摂取状況など】【食事形態】全粥きざ
み食、水分にはとろみなし、エンシュアリキッド1本を補食として摂取。食事摂取時は車いすに座り、オ
ーバーテーブル使用、スプーンを使用し、自力摂取。食事中に放心状態になる様子が見られる。食事中の
吐き出しやむせあり。義歯は持っているが、合わないため、使用不可。あごが外れやすく、咀嚼が不十分。
食事に対する嗜好・禁止食品の指示は特になし。【多職種からの情報】介護職より：車いすに座り、食事
をしているが、食事中に前屈が見られる。食事に手が止まり、食事が進まない事が多い。声かけしないと
食事が進まない事が多い。ゆっくりと食べているためか食事に時間がかかる。看護師より：食事に集中で
きていない様子が見られる。何か落ちるとそちらに執着して食事にならない。言語聴覚士より：食事や
食後にゴロゴロと雑音が聞かれる。咀嚼・嚥下機能の低下が見られる。

事例C【認知症の事例】のプロフィール

C氏、78歳、男性、要介護度3。在宅から特養認知症専門棟に新入所（3日目）60歳までは鉄道会社に勤務していた。引退後は囲碁クラブに出入りしていた。4年前アルツハイマー型認知症と診断された。1年前妻が逝去したのち認知症が進行し、警察に何度も保護されるなど、独居生活の継続が困難となったため、特養入所。キーパーソンは近所に住む長女。【認知症に関する情報】既往症；アルツハイマー型認知症、腰椎すべり症、障害高齢者の日常生活自立度B2、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱb、認知症の周辺症状；徘徊（主治医意見書）、改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）3点、【身体状況と食事摂取状況】身長：160cm、体重：42.5kg、BMI：16.6 kg/m²、自立摂取。食事摂取量（3日平均）；主食30%、副食60%、食形態；米飯 刻み、水分むせなし、好きな食品；日本酒、刺身、寿司、カレー、ピフテキ、嫌いな食品；生野菜、牛乳（他の乳製品は可）、排便状況；3日に1回 4日目にラキソベロン、服薬；マグラックス 抑肝散。【介護職からの情報】立ち上がりが多く、食べることに集中できない。食事の後半は食事を混ぜてしまう。箸、スプーン等の使い方が分からなくなることがある。手に持たせれば使用できる。食事介助を拒むことが多い。食事時間以外は徘徊していることが多い。深夜に起きていることが多い（浅い眠り）。【栄養・食事に関する事項（現在）】【食事摂取量】最近2週間では、全体量30%（主食30%、副食30%）に減少した。【必要栄養量】エネルギー1100kcal、たんぱく質40g。
【療養食の指示】特になし。【食形態】主食：粥ミキサー、副食：ミキサー、とろみが必要な場合がある。
【食事摂取状況】全介助を必要とする。【栄養充足率】提供栄養量の30%。

事例D【エンド・オブ・ライフ】のプロフィール

D氏、91歳、女性、要介護度5。【入所歴】入所2年目。少しずつADLの低下が見られる。過去1年間に数回の肺炎を繰り返し、近くの医療機関へ2回入院した。【既往歴】75歳頃から軽度高血圧、糖尿病発症。86歳時に脳梗塞、現在は麻痺はない。88歳時から脳血管性認知症がみられる。【現病歴】廃用症候群：両下肢筋力の低下、嚥下困難。【性格】物事をはっきりいう性格。【職業・趣味】元教師・音楽を聞くこと。【身長・体重】身長140cm、36.5kg、BMI18.6kg/m²。【家族】長男、長女(主介護者)【本人・家族の希望、嗜好、食習慣などの特記事項】【本人の希望】本人からは希望等の言葉は聞かれない。意思疎通は、波があるものの可能である。【家族の希望】高齢のため、点滴等積極的な治療は望まないで、特別養護老人ホームでの看取りを希望している。穏やかな最期を迎えさせたい。できれば経口摂取を続けてほしい。【嗜好・食習慣】あんこなどの和菓子や果物が好き。嫌いなものは特になし。アレルギー等もない。【栄養・食事に関する事項(現在)】【食事摂取量】最近2週間では、全体量30%（主食30%、副菜30%）に減少した。【必要栄養量】エネルギー1100kcal、たんぱく質40g。【療養食の指示】特になし。【食形態】主食：粥ミキサー、副食：ミキサー、とろみが必要な場合がある。【食事摂取状況】全介助を必要とする。【栄養充足率】提供栄養量の30%。

事例A「低栄養の事例」

介護老人保健施設 老健リハビリよこはま

介護支援専門員 木村礼子

作業療法士 鈴木有希

介護福祉士 馬淵修子

管理栄養士 齋田洋子

歯科衛生士 佐藤聖子

1. 事例の確認

座長（介護支援専門員）：事例Aは、89歳男性、要介護度3、妻と2人暮らしで、入所の経緯は記載の通りです。最初に栄養ケアの方針について、各職種から発表してください。

歯科衛生士：食事がおいしく食べられるよう、口腔内、歯と舌、それから義歯の衛生状態を良好に保つ必要性があります。また、口腔の運動機能を高めるために、口腔のマッサージや、口腔周囲筋のストレッチを行う必要があります。口腔とは、頬や口唇、舌を指します。

作業療法士：QOLの向上ということで、ご本人の望んでいることは何かということですが、ご本人は、痛みをなくしたい、褥瘡を治したい、心地良く眠りたいということを希望に挙げられているので、まず、褥瘡を治すためのポジショニングや栄養状態の改善により体力を付けて元気になっていただきたい。

介護福祉士：心地良く眠りたいということで、現在は寝たきりで活動性はかなり低い状態

ですので、生活習慣を整える援助をさせていただきたい。痛みに関しては、ほかにも痛い部位があるのかを確認させていただいて対応したいと思います。

管理栄養士：栄養ケアの方針ですが、ショートステイという短い間のケアですので、施設内で本人様と入院されているお嫁様が安心して生活できるよう支援していきたい。また、自宅に戻られた際、少しでも栄養状態が改善できるような工夫をしていきたいと思います。ショートステイでは短期間なので、褥瘡を治すとか、栄養改善をして状態が良くなるまではいかないと思われますので、このまま在宅に帰っても継続できるような食事の摂り方を見つけていきたいと思います。特に、夏から急激な体力低下及び体重減少ということなので、体力と体重の回復の可能性が見込まれると思います。

2. 追加のアセスメント

座長（介護支援専門員）：続きまして、アセスメントからの追加情報についてはいかがですか。

歯科衛生士：まず、わかっているのは上の義歯が作成中ということと、義歯は食事のみということだけなので、もう少し口腔内の状態を知る必要性があります。下の歯は自分の歯なのか、義歯なのか、その義歯は部分義歯か、それとも総義歯か、自分の歯は何本あるのか。それから、奥歯でかむことができるのか、嚥下障害があるのか無いのか。そして、うがいはできるのかできないのか、口腔内の出血はあるのか無いのか。そして、義歯を装着した場合に抵抗はないのか。以上のことをアセスメントして追加したいです。

作業療法士：重なってしまう部分もありますが、栄養状態改善を目指すことを目標とするので体重は測っていききたいなと思います。あとは、ご本人の認知機能、痛みや褥瘡の状態、褥瘡以外の部位は痛くないのか等をアセスメントし、今の生活習慣、ショートステイ入所中だけではなく、その後ご自宅に戻られたあとの生活習慣を整えていきたいと思います。

また、事例プロフィールには、おにぎりやパンは食べてくださるとありますが、これでは栄養が偏ってしまうので、ご本人が好きなものは何かを知りたいです。食事認識の際、緑内障で食べ物の認識がしづらいと思うので、パンのお話も先生の講義でありましたが、これが食事だよというのを認知するための感覚器官について、さらに摂食・嚥下機能についても知りたいです。また、食事時の必要な要素として、ベッド上で食べるのではなく、車いすです座って食べられるのかという座位保持の能力について、その場ですぐパッと座って食べるだけっていうのもありますし、座位保持が何分ぐらいまで体力が持つのか、その持久力も評価したいです。

また、在宅に帰るのでご家族である妻やお嫁さんが、どんなことを希望されているか、今お困りのことは何か、家族の介護能力について。お嫁さんはどこまで援助ができるのか、お食事の準備もあると思いますので、何か社会的なサービスが必要なのか、また、奥様の認知症の程度を考慮した上での介護能力を知りたいと思います。

介護福祉士：重複しますが、ご本人の生活歴も詳しく知りたいと思います。どのような仕事をしていたのか、好みや見ていたテレビなど在宅での介護サービスの情報がないので、そちらももう少し詳しく知りたいと思います。これらはコミュニケーションを取る上での

必要な情報になります。

管理栄養士：重なると思いますが、食べるためには噛めなくてはいけないので、果たして今はどのくらい噛めるのか。水飲みテストは必ず当施設では行いますが、むせは普段からあるのか無いのか、好きな食べ物は何か。おにぎりとパンを食べているのは、食べられるからであって、好き嫌いではないのかという推測があります。

ショートステイなので採血は大変ですが、在宅医療のドクターから現在の検査結果がもしあればいただきたい。それと妻の介護力はどのくらいか。不規則な食生活の中で、実際にどの程度不規則でありながらも食事を召し上がっていたかという今までの経歴を知りたい。

座長（介護支援専門員）：新しく追加すべきアセスメント情報は、在宅介護サービスがどの程度かという点で、褥瘡がかなりひどく、身体の両側にできているので、保清や入浴がどうだったのか。当然ながら栄養状態もですが、ショートに入っているうちに、ある程度クリアできるという形へ持っていきたい。在宅の介護支援専門員ともう一度連絡を取り、現状について探っていきたい。

3. 解決すべき課題

歯科衛生士：まず、食生活のリズムを整える必要があります。次に、口腔内の衛生状態を改善しなければいけないと思います。そして、寝たきりなので、口腔の周りの筋肉が衰えている可能性がありますので、そこの筋肉を鍛える必要があると思っています。そして、ケアをするときには安全な姿勢でケアを行ってほしいと思っていますので、姿勢の確認も大事かと思っています。また、誤嚥性肺炎のリスクはなかったのかということも大事だと思います。

作業療法士：作業療法士としては、PES形式で2つ挙げさせていただきました。

1点目が、問題がエネルギーの不十分な摂取。その原因は、自分で食べる自己摂食能力の低下。自分で体を動かす、寝返りができないこと。また、介助での体位交換も不十分であり、褥瘡ができてしまっているというのと、BMI16.5を問題として挙げました。

2点目が、不規則な生活。その原因は、ご本人が寝たきりの状態であることと、それに加えて、同居の奥様のほうも認知症をお持ちということで、奥様の見当識は大丈夫かなということの原因として挙げさせていただきました。症状としては、生活リズムが崩れている・食事の時間帯が不規則になっている、寝たきりになっている、ということ課題として挙げました。

介護福祉士：わたしは、解決すべき課題を2つ挙げました。1つ目には、本人にとって十分な栄養を取ることができ、褥瘡を改善していきたいという点と、2つ目には、体の痛みを緩和し、心地良く眠りたいという点です。

管理栄養士：ほぼ重なりますが、今言われてなかったのは、水分補給。水分摂取について医師より1,000mlの指示が出ています。心疾患があるので、1000ml/dayということになっていると思いますが、1,000mlが現在全然満たせてない。それから、おかずを食べていないので、たんぱく質も不足し、当然、血清アルブミン値も低いと思います。そして、摂取量

がすべてにおいて少ないということも大きな課題だと思います。原因としては、生活が不規則、布団の上で食事をしている、食べ物が見えないこと。また提供する側なのか、本人の好みなのか、偏りがあるというところを挙げました。

座長（介護支援専門員）：今挙げていただいた中で、これに関してモニタリングを、どういう形で、どの時期でやるかですが、今回この方のショートステイに関しては、お嫁さんが2週間の入院と、1週間自宅療養するというので、3週間のショートステイと勝手に設定しました。モニタリングに関して、どこまでできているかのチェックは、1週間に1度という形で情報の共有をしていきながらと思っています。

4. 課題解決のためのケア計画

歯科衛生士：衛生面では口腔内を清潔に保ち、機能面では口腔機能の向上を図る必要があるかと思います。ケア内容は、口腔内を清潔に保つために、まず食生活のリズムを整えて毎食後、口腔清掃を行う習慣を付ける必要がある。これは、歯とか舌とか義歯の汚れを除去することです。また、高齢の方は口の中が乾燥気味なので、口腔内の保湿を行う必要もあるかなと思います。この際には、保湿剤の塗布をしたほうが良いと思います。機能面では、顔面とか口腔の周りの筋肉をマッサージする必要がありますので、唇や口、舌、頬の筋肉をストレッチしたほうが良いのではないかと思います。評価は、口腔内の衛生状態の確認、それから口腔の運動機能の確認ですね。期間は3週間を考えています。

作業療法士：私は目標を3つ挙げさせていただきました。まず1点目が、体重を3週間のショートステイの間に、1kg回復を目安にしたいこと、水分も1,000mlにできるだけ近づけていきたい。それに関して作業療法士は、食事のときの座位姿勢、座位保持能力を向上させるということと、あとは、クッションを使って食べやすい姿勢に持っていくということ。加えて、上肢機能はどうなのか。手づかみで食べているが、自助具を使っても何か食べる方法はあるのかということ。また、個別性を考えての嚥下体操をやっていきたいと思います。目標の2点目は、褥瘡の状態を改善させることで、これに関しては、ポジショニングを行いたい。ポジショニングもベッドの上のポジショニング、車いすでのポジショニング。普通の車いすでいいのか、簡単に除圧するためにリクライニングチルトを利用するのかといったような車いすの種類を検討もしたいと思います。3点目の目標は、生活リズムを整えることで、まず日中の活動性を向上するため自動運動をする機会を提供させていただいたり、寝たきりから離床を促して、座っている時間を増やしていく援助をしたいと思っています。モニタリングまでの期間は、ショートステイの間で3週間になります。

介護福祉士：課題解決のためのケア計画は、1番が、本人の健康状態を把握し、栄養管理を行うこととさせてもらいました。多職種により適切なエネルギー量の提供、歯科衛生士による義歯の調整を行う。2番目は、適切な体位交換により、痛みを少なくするとしました。褥瘡部に圧迫やずれを起こさないよう、体位交換方法、クッション等の使用を実施していきたい。また、ベッドに端座位、または車いすに座っていただけないかを検討し、それを実施していきたいです。

管理栄養士：管理栄養士としては食事をどのように提供するかが基本です。心疾患がある

ので基本的には、心臓病食を提供したいと思います。ただし、今まで食べられているものが、ほとんど塩辛いものや穀類だけということもありますので、嗜好をよく調査し、嗜好を考えた心臓病食を提供したい。また、食べられる量が少し不安なので、本来の必要量の半分を食事で、半分を栄養補給のための補助食品で補うようなハーフ食の提供も考えました。

また、規則正しいという時間に対しては、各職種、同じ考えを持っているようなので、やはり規則正しく3食、施設の時間にあわせて、なおかつ、離床して食事をしていただきたいと思います。手で持って食べるというのは、見えないがために、手で持たざるを得ないのかなというところもありますので、手掴みでなくても、手に小鉢を持って、小鉢から食べるのであれば、見えなくても食べられるのではないかと思います。小鉢に取り分けて1つ1つ渡すというような形での提供もあり得るかと思います。

また、在宅ではラコールを提供されていますが、施設においてラコールは薬品扱いとなり、お持ち込み以外は提供できませんので、もしラコールがお嫌いであれば、施設では、食品である1.6kcal/mlの125mlで200kcalある栄養補助食品を使っていきたい。ご自宅に帰った場合、また医療サービスになるので、その際はエンシュアHを使うような方向に持っていきたいと思います。

また、各職種の思いは褥瘡を治していただきたい、もっときちんと食べてほしい、というところに思いがあるようです。それを実現するためには、とにかくまず食べ物を食べていただく入り口から取り組んでいきたいです。歯科衛生士がどこまで口の中の状態を良くできるか。また、歯科衛生士が口腔の状態をチェックすると、現在召し上げている食事の形態は無理です、この形態を出してくださいというなど、摂食嚥下機能にあった形態の指示が出されます。そちらは本人の好みをあくまでも考慮した上で、きざむ、ゼリーにするなど対応します。あと、食べるものは、食事はとても少なくとも、低栄養改善のための補助食品を十分に活用するなど、3週間の間で基礎的な栄養状態の改善を図りたいと思います。

また、きちんと食べられるようになれば、褥瘡は看護師による処置やワーカーによる体位交換で悪化は防げると思います。その後の必要栄養量の確保・褥瘡改善のために栄養状態を良くしていきたいと思っております。

あとは、もしかしたら食べ物が認知できていないということもあり得るのか、見えないだけで食べられないのか、その辺も課題だと思います。この方は、ご自宅に帰るので、ご自宅に帰るための段取りというものを念頭に置いて、各職種でケアしていきたい。施設に居れば、在宅では食べられなかった物も、食べていた物も食べやすい形で提供できますが、ご自宅に帰って認知症のある奥様が食事を提供されるとなると、お嫁様がお買い物や食べられるまでに調理して下さったとしても、食べる段階になって、きちんと出せないのか、出せるのか、その辺も不安がありますので、奥様の介護力を知った上で、それにあわせて無理の無い食生活をおくれるようなケアをしていきたいと思います。

座長(介護支援専門員):こういう流れの中で3週間こちらの施設でケアをさせていただき、まず、食事形態の確認をしながら、どこまで食べられるのか。褥瘡に関しても、看護師、

ワーカーにおいて、入浴の確保をしながら、離床時間をどれだけ保てるか、体位交換をどこまでしてあげられるか。完璧に治すのではなく、先ほど管理栄養士が言いましたように、在宅に戻るまでのこのショートステイの3週間で、いかに回復に持っていけるかというケアをしたいと思います。

基本的に、認知症のある奥さんと二人で暮らしているので、今後この施設でケアが、どれだけ在宅に戻って継続性のあるものになるかという部分も、在宅に帰るときに在宅の担当のケアマネージャーと、もう再度カンファレンスが必要かと思っています。

5. 協働解決のためのケア計画

管理栄養士：宿題にいただいた5番をお話ししておりませんでした。ここに看護師は挙がっていませんが、看護師にお願いしたい点があります。褥瘡の処置というのは看護師の仕事になりますので、ケアワーカー、リハビリでは体位変換まではできますが、処置は看護師なので、看護師に褥瘡の処置はしていただきたいと思います。また、今抜けたところで、わたしからケアワーカーさんへお願いは水分補給。飲めないながらも飲まないわけにはいきません。一度に飲めないのか、今まで寝たきりでストローだから吸えないのか、座れるのであれば普通にコップで飲めるのか。また、1回には一口しか飲めなくても、分ければ飲めるのであれば、こまめに少しずつ1日掛かって目標値に近い水分を補給していただきたい。また、リハビリの訓練では体位保持、筋力強化等をし、リハビリのスタッフはケアワーカーに体位の指示などしていただきたいと思います。口腔は歯科衛生士にお任せしたいと思います。

事例Aの解説（杉山みち子）

(1) ケアの方針：事例Aは、同居の妻に認知症傾向があり、義娘が介護者ですが家族の介護力が低下しています。本人は、自力摂取はできそうですが、現在は食べられなくなってきて低栄養状態に陥ってしまいました。体力も低下して臥床状態になり褥瘡による痛みも出現しショートステイとなりました。そこで、栄養ケアチームは、ショートステイ入所中のケアの方針と退所後のケアの方針の両者をあわせて検討していく必要があります。入所中には、医師、看護師は褥瘡の治療を行って痛みを緩和すると同時に、リハビリテーション関連者は、何とか座位保持と自力摂取を支援し、管理栄養士、看護職、介護職らはよく情報交換しながら、少しでも食欲を回復して頂き食事量を増やして低栄養状態を改善できるように「食べること」を栄養ケアチームが支援していくことになります。一方、退所後に家族や介護職ができる座位保持や食事支援や食事内容の具体的な方法や手順を入所中に栄養ケアチームがコンサルテーションするとともに、家族が抱えている質問や不安にも対応していくことになります。

(2) アセスメントによる追加情報：本人の座位保持能力や自力摂取能力、食事摂取量や食べることの障害要因、退所後の家族・介護職の支援上の不安や課題と実行可能性などです。

(3) 解決すべき課題：食事・栄養の課題としては、問題(P)は、エネルギー、たんぱく

質摂取不足、水分の摂取不足、原因（E）は、褥瘡の痛み、仰臥状態、食欲低下、兆候・症状として食事量の減少などとなります。

（4）課題解決のためのケア計画は、在宅への退所支援のための座位保持と自力摂取支援のための姿勢保持、食具、食事形態など、体重改善・維持のための栄養補給方法と手順、などの栄養ケアチームによる具体的なケア計画が求められます。家族や看護・介護職に対するコンサルテーションの計画作成も必要になります。

（5）協働実践のための具体的な提案は、居宅の支援介護専門員との情報連携が重要です。また、家族も含めて、リハビリテーション関連者、医師、看護師、看護職、口腔ケア担当者とのカンファレンスがコンサルテーションを含めて行うことを提案します。退院後に家族、介護職ができるようにショートステイに栄養ケアチームが協働して支援していくことを提案いたします。

事例B「摂食嚥下障害の事例」

特定医療法人 原土井病院

医師 平川貴子

看護師 船越知佳

管理栄養士 吉山恭子

言語聴覚士 泉佐知子

医師：病院の NST を担当しておりますメンバーですので、日頃のカンファレンスの形態で取り組ませていただきます。

1. 事例の確認

医師：事例Bは、89歳、女性、要介護度4、老人保健施設に新規入所3日目。入院までの経緯は、昨年1月に同居家族が共働きであり、日中独居になるため、グループホームに入居。食事に対する拒否、水分摂取でのむせや食事時の吐き出しが認められる。誤嚥性肺炎による熱発により入院。グループホームでの介護が難しくなり入所。既往歴は、77歳時に胃がん、手術により胃の3分の2を切除。

身体状況は、身長140cm、体重30kg、BMIは15.3kg/m²。血液検査データは、血清総タンパク質6g/dl、血清アルブミン2.7g/dl、肝機能AST14U/L、ALT8U/L、血清総コレステロール185mg/dl、中性脂肪63mg/dl。腎機能指標のBUN12mg/dl、クレアチニン0.4mg/dl、空腹時血糖80mg/dl、ヘモグロビンA1c4.7%。

認知症高齢者の日常生活自立度はⅢa。内服薬は酸化マグネシウムを服用されている。

食事形態や摂取状況は、食事形態が全粥、きざみ食、水分はとろみはなし。エンシュアリキッド1本を補食として摂取。食事摂取時は車いすに座り、オーバーテーブルを使用。スプーンを使用し自力摂取。食事時に安心状態になる様子が見られ、食事時の吐き出しやむせがある。義歯は持っているが、合わないため使用していない。あごが外れやすく、そしゃくが不十分。食事に対する嗜好や禁止食品の指示は特になし。

介護職から、車いすに座り食事をしていると食事中に前屈が見られ、食事中に手が止まり食事が進まなかったり、問い掛けしないと食事が進まないことが多い。ゆっくりと食べているためか、食事時間がかかるという情報を得ている。

看護師からは、食事に集中できていない様子が見られ、何かが落ちるとそちらに執着して、食事にならないという情報があり、言語聴覚士からは、食事や食後にゴロゴロと雑音が聞かれ、咀嚼・嚥下機能の低下が見られるという情報がある。

それでは、事例2に対しまして、おのおの1から5まで課題を紙に書いてきておりますので、黒板に張って各専門職から説明をお願いします。

2. 栄養ケアの方針

言語聴覚士：摂食嚥下機能の評価を行い、誤嚥が回避できる食事形態を決定し、その後、摂取条件を設定することを栄養ケアの方針とします。

看護師：誤嚥を起こさず食事摂取ができるということを方針とします。

管理栄養士：安全で安定した食事・水分摂取量の維持を方針とします。

医師：私も皆様と同じで、誤嚥・嘔吐回避、安全の確保と経口による食事を維持して必要栄養素の確保ということで、各職種に共通した方針とします。

3. 追加のアセスメント情報

では、事例の情報以外に、必要だと思われる追加のアセスメントについて検討して頂いたことをお話ください。

言語聴覚士：当院の通常のNST回診において1回目の嚥下障害のスクリーニングとしてルーチンに行っている反復唾液嚥下テスト、RSST、改訂版の水飲みテスト（3ml、5ml、10mlと30mlと段階的にテストする）。頸部聴診による食事前後の呼吸変化などの観察を行っていきます。また、重要になるのが、食事場面の実際の観察で、合田先生から講義でお伺いしたアセスメント・モニタリング票も活用させていただきました。

言語聴覚士として専門的な取り組みとしては、嚥下に伴う呼吸機能。声帯を見るための発声機能の評価。あとは、口腔機能として、舌や口唇の動きや筋力などを評価します。

これらを総合的に見て、嚥下機能の精査（VF）が必要かどうかということを検討します。

看護師：まず食事摂取量がどれぐらいか、補食でのエンシェアの摂取量と食事との関係、ご本人の嗜好、間食の有無、日中の活動性や夜間の睡眠状態、排便は毎日か、体重変化があるか、また、意識レベルは、普段はどうか、ご家族の支援や意向はどういう状況か、あと、認知症レベルがどれぐらいなのかということ、胃がんの経過はどうなっているのか、あごが外れるということから顎関節の治療はされているか、食事を拒否されるということ。又吐き出されるという状況、食事のムセはどうなのかと、嚥下機能としてはどうか、食事環境などの情報収集も必要になります。

管理栄養士：通常時の体重と、現在に至るまでの体重の推移として体重変化率とその期間。貧血が胃がんによる胃切除の影響かその他の原因かの確認と、胃がん以外の既往歴についても、特に内科的な疾患などに関する情報の把握を行ないます。また、リハビリテーションを含めた日常生活活動量がどれくらいであるのか。あと、ご本人もしくはご家族に伺え

るようであれば、これまでの食習慣についてご自宅や施設にいらっしゃったときの状況などを、嗜好を含めて伺いたいと思います。ご家族の栄養ケアに対する考えについては、今後の方針を決める上で重要であり伺っておく必要があるかと思います。

食事摂取状況については、食事にかかる時間や残食量を確認し、残食がある場合は、食べ方や食事環境の把握を行います。吐き出しについては、咀嚼や食事形態の問題だけなのか、もしくは認知面で何かしら影響しているのか。むせについては、飲水状況も、飲水量がどれくらい減っているのか、実際、口腔や皮膚の乾燥があるのかなどの確認を行ないます。補食についてもエンシュアの摂取状況を、具体的にはエンシュアの種類や摂取時のむせの有無、1缶全て飲めているか、量的に負担がないかの確認を行います。

可能であれば、嚥下造影検査などの嚥下機能評価で、どのような嚥下・咀嚼能力があるかを知ることは必要だと思えます。必要栄養量と水分量の計算は栄養科で行っています。

医師：皆様からのご意見で私の意見はカバーされておりますが、事例の紹介の情報にあったように摂食することに問題があり、嚥下もあやしいだろうということで、嚥下の評価は詳しくする必要があるかと思えます。そして、認知症がおありですが、どの程度ご本人のご意思が優先されるのか。ご家族はこの方の食事にどのような思いがあるのかというところは非常に重要なアセスメントポイントだと思えます。次は、解決すべき課題について、それぞれあげていきます。

4. 解決すべき課題

言語聴覚士：研修講義で提示された表を参考にさせていただきました。まず、姿勢の面で、前屈とありましたので、頸部が前屈しているのか、体幹が前屈しているのかよく分からなかったのですが、そういった姿勢には何かしらの配慮はできると思いました。

あと、認知に関して、集中できない、手が止まるからというので、こちらも挙げました。

義歯の不適合とありましたので、そちらも歯科がおりますので、果たしてほんとにその義歯が使えるのか。口腔の問題、あとは吐き出しや咽頭残留ゴロゴロするというところですね。あと、むせるということだったので、咽頭残留と誤嚥も解決すべき課題として挙げました。

看護師：食事に集中できていないということから、食事の環境を整えることや、又前屈姿勢がみられるので体位の工夫も必要になります。義歯があっていないことや食後にゴロゴ音が聞かれ、ムセ、誤嚥があることも解決すべき課題になります。

管理栄養士：説明にありましたので、(P) (E) (S) での記載を行なってみました。

1つ目の問題 (P) は「嚥下困難」で、原因 (E) は嚥下機能の低下もしくは食事時の姿勢の影響かについての確認も必要だと思えます。兆候症状 (S) は、誤嚥性肺炎による入院歴、水分摂取時のムセ、食後にゴロゴ音が聞かれるということを挙げています。

2つ目の問題 (P) は「咀嚼困難」であり、原因 (E) は、咀嚼機能の低下、顎が外れやすいため咀嚼が不十分であること。あと、義歯が合っていないことと、もしかしたら食事形態が合っていないのではないかと考えられます。兆候症状 (S) は、食事時の吐き出しと食事に時間がかかっているということを挙げました。

3つ目の問題（P）は「食事に集中できない」ことであり、原因（E）として、認知機能の低下もしくは食事に集中できる環境が不十分という可能性も考えられます。兆候症状（S）は、食事中に手が止まり、声を掛けないと進まない。食事以外への執着であったり、放心状態になることがあるということを挙げました。

医師：3人のご意見によって集約されていましたが、まとめますと、安全に食べていただくのに、嚥下の評価をした上で他の課題解決をはかっていくこととなります。食事のセッティングに重点がまず置かれると思いますし、認知機能障害ということで、長時間かけて大量の食事をゆっくり食べていただくというわけにはいかないので、食形態や、食事の1回量の調節が必要になってきます。1回の食事量の調整に関しては、胃がんで胃切除への配慮も必要ではないかと考えておりますので、次のケア計画の中ではその辺りを織り込んでいきたいと思います。

5. 課題解決のためのケア計画

言語聴覚士：安定した経口摂取ができるようになるということを挙げました。言語聴覚士ができるケア内容とは、まず摂食嚥下機能評価の結果をもとに、適切な食事形態と摂取条件を設定するという事。あとは訓練の効果がありそうな方に対しては、嚥下訓練も引き続いて行うということを挙げました。

続いて、評価、モニタリングの指標ですが、こちら、普段わたしたちが使っているものの一部なんですけど、まず覚醒レベル、口腔内の環境、汚染とか乾燥ですね。あと、食事形態と摂取条件。一口量や体幹の角度、とろみの具合なんかですね、そういったもの。そして、食事のADL。あとは、日々の摂取量と発熱、むせと痰、湿性嘔声ですね。藤島のグレードですね。こういったものを用いています。次回のモニタリングは、嚥下の状態を評価したいので、1週間後ということにしました。

看護師：看護としては、目標を、誤嚥を起こさず食事摂取ができるを挙げます。ケアとしては、クッションやテーブルなど工夫して姿勢を整えていく。あと、水分にもとろみを付けて摂取していただくこと。食形態についてはSTと情報交換を行い検討していくこと。安心して食事が摂取できるような環境を整えること。必要な食事前の吸引、口腔ケアを行い誤嚥をしないようにすることをあげています。

評価指標としては、食事の摂取量がどれぐらいなのか。あと、体重の変化や、ご本人の表情、食動作、バイタルサインや痰の量などについてみていきたいと思います。1週間程度の目安で評価したいと思います。

管理栄養士：目標はまず「誤嚥の防止」とし、食事面からの取り組みを行ないます。ケア内容として、食事提供時に水分があるようなものに対してとろみ対応を行い、評価・モニタリングの時期については、食事中にむせが見られないか、食後のゴロ音がないか、発熱がないかを、食事変更後まずは1週間程度みていきたいと思います。

次に、「必要栄養量の確保」について、具体的なケア内容としては、本人の咀嚼能力に応じた食形態と無理のない量での食事提供を行ないます。その際、補助食品についても形態や容量、あと薬価もしくは食品扱いのものなのか、施設によって食費に含まれるのか個人

負担になるのかが異なるので、何を選ぶか検討しなければならないかと思います。

また、口に入りやすい提供方法として、分割食の一回として補助食品を使ったりもしくはおやつ的に使うなどの検討もできるのではないかと思います。評価・モニタリング時期は食事変更後から1週間とし、補食を含む食事摂取量・飲水量および体重変化をみます。介護保険の栄養ケア・マネジメントでは高リスクに分類されるかと思いますが、体重測定は少なくとも2週間に1回は行なわれるかと思います。

医師：安定した安全な経口摂取というアプローチがありますが、先ほどお話ししましたように、認知症があり食事時間は長時間とれませんので、途中から一部介助が必要かと思います。食事を一部介助して、見守り、声掛けを行う。看護師、介護の方に担当していただく必要があるかと思います。または1回量を減らす。そして、必要なカロリー、栄養量を考慮するというので、分割食——間食を取り入れたり、間食自体を分割してもいいと思いますけれども、それらは管理栄養士による対応が必要だと思います。

誤嚥の防止には、先ほど言語聴覚士が言われたものに加え、ST 以外のリハビリの方にきちんと姿勢の調整をしていただく。そして、とろみ付けは、水分以外に汁物につける。エンシュアリキッドもとろっとしてありますが、水分のような液体ですので、そちらをゼリーなどへの変更も検討する。あとは、嚥下に関するリハビリも必要ですけれども、姿勢を保つには、OT、PT のリハビリも必要です。あとは体重、食事、水分摂取量のモニタリングが必要になってくると思います。

おおまかに各職種によるケア計画を立てていただきましたので、これから具体的に、実際誰がどうしていくのかについて発表させていただきます。

6. 協働実践のための具体的提案

言語聴覚士：嚥下の評価と訓練を挙げました。

看護師：看護師は、一番身近に接しますので、食事の援助、実際に食事をされているところを観察。患者さんに対して声掛けや、食事できる環境の提供。体重測定をして、変化をチェック。ご家族の方に必要あれば支援をお願いするということと、他職種との情報交換を挙げています。

管理栄養士：本人の状態に合わせた食事提供ということをまず挙げています。使用している補助食品は病院や施設によって種類が異なりますので、それらの情報提供も併せて行なえればと思います。あとは、モニタリングを通しての必要量の検討や、食事中に伺って声かけを行なうなど、食事状況をみながら対応ができればと思います。

医師：医師及び歯科医師のすべきこととしては、認知症の評価。そして内科的に定期的に全身状態をチェックしていくということ。歯科医師としては、義歯の調整と嚥下機能評価が挙げられます。

ここまでの討議というのは、こちらの病院に居るという設定で行いました。わたしたちは病院に勤務しておりますので、わたしたちが対応できるということですが、この事例 B というのは、老健施設ということなので、ここまで十分な対応ができるかどうかは非常に難しいのです。老健施設の職員配置は、医師が常勤で看護師は夜間も配置されていること

が原則で、その他にPT、OTが常勤ということですので、ある程度のことは対応ができるのではないかと考えております。当院のNSTではこのように進めた後に患者さんのところへ行きお話を聞くという流れです。

事例B「摂食嚥下障害の事例」

特別養護老人ホーム 帯広けいせい苑

管理栄養士 高橋きみ子

介護職 太田由里

つがやす歯科医院

歯科医師 梅安秀樹

歯科医師：私は外来歯科医師として、月1回けいせい苑様と摂食嚥下のリハカンファレンスを2年くらい継続していますので、日頃と同じ雰囲気を進めさせていただきます。

1. 事例の確認

歯科医師：事例Bは、摂食嚥下障害の89歳・女性・要介護4。入所の経緯は、キーパーソンの若夫婦が共働きで、家ではおばあちゃんが1人になってしまう。閉じこもりや、メンタル的な思いがあるのかなということですが、グループホームに最初入所して、誤嚥性肺炎による熱発により一時入院、その後は老健入所、まだ経口摂取は維持できている。水分のむせ、それから食事中に咀嚼していて、ペッと後でティッシュに出してしまうような人は見られますので、そういった問題行動もあるのかなということですね。既往歴は胃がんの手術で胃の容積は3分の2切除しており、だいぶ小さくなっています。メディカル情報は、BMI15.3と少し低い。血液データにはTPとアルブミンが6と2.7g/dlですから、これも標準値以下で栄養的にはどうなのかという問題です。GOT、GPT、コレステロール、腎機能系は、標準値内。糖尿病、血糖値は問題なし。自立度が3aですから少しコミュニケーション取りづらく、カマを使っていますので少し便秘気味でしょうか。食事の状況は、食事形態は全粥、刻み食。水分は、むせるのにも関わらず、とろみもなくそのまま飲んでいきます。これは大変危険な状態で、現場の知識としてはどうなのかと。栄養補助としてエンシュア250kcalを1日なのか1食なのか分かりませんが、低栄養改善のための補助食品をつけている。車椅子座位であり、自立して食事もしており、スプーンも使用している。でもその道具の把持がうまくできているかは見てみないと分かりませんが、食事中に中断があり、吐き出し癖がある。それから口腔器の問題で、入れ歯はあるが合わない。何年くらい使っていないのか、それからドライマウスで口の中が乾燥して数年ぶりに歯科医に来てもらっても、粘膜が潤っていないといい義歯が装着できない可能性がある。拒否が出て使用不可ということですね。使用不可のために、顎も外れやすく咀嚼が不十分ということですね。だから、この方は義歯が使える場合の栄養摂取方法と、歯科医療が功を奏する場合の食べていただく方法、それを分けて考えてもいいかもしれない。顎関節が外れやすいということは、かなりこの顎位、かみ合わせが低くなっているのです、チンキャップというようなこともや

らなければいけないのか、そこまでの状況なのか、習慣性のものなのか、こういうことが疑われます。それから、舌中心に、ベロ中心に食べざるを得ない、そういう食品形態に絞られてくるだろう、ということです。当然、舌が中心になるから、送り込みの運動機能不全が疑われますが、嗜好品、禁止食品、塩分の制限等はないようです。摂取状況は、介護者は、車いすに乗って前屈になっている状態、リスク的には頸部（けいぶ）と体幹では少し角度がついているから、ベロ咽頭部まで食べ物は行きませんのでこぼしちゃうということもあるかもしれないです。もたれかかって食べるよりは前屈のほうがまだ姿勢としてはリスクが少ない。途中で手が中断し、食事中断があつて、声がけしないと進まない。食環境の問題がここにある。時間もかかるということです。看護師からも同じように、食事に集中できていないということです。食環境は大事です。それから咽頭部残留を疑わせるような、頸部聴診を看護師、医師、私たちでやって、食前のゴロゴロした雑音が聞こえることがありますから、最低限、食前に発声とか、ハフイングとか、は一、あー、うー程度の発声、そしてそれが食後、湿声に変わったかどうかの最低限のメディカルチェック的なところを介護の中に入れられたらいいかな。それでは、各職種で、この事例をどう考えるか、ケアの方針からそれぞれの連携まで、1人ずつ説明していただけますか。介護福祉士さんからお願いします。

2-1. 栄養ケアの方針（介護福祉士）

介護福祉士：栄養ケアの方針として、身長140cm、体重30kg、BMI15.3と小柄ではありますが栄養値が低いため、今後は栄養状態の悪化を防止するため、栄養補助食と併用しながら食事摂取がいつまでもできることを目標とします。しかし、食事に対する拒否があるほか、水分摂取時のむせや食事中の吐き出しが認められること、また顎が外れやすく咀嚼が不十分であるため、現在は使用していない義歯の調整を再度行い、十分に咀嚼できるように体制を組むことが急務と考えます。義歯が完成するまでは、こちらで必要時には食材に手を加え、食べやすいように工夫をする。週に一度は歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、看護師、介護士らが参加した口腔カンファレンスを行い、本人にとって一番望ましい食事を提供していきます。嚥下の際むせ込みが見られるので、少量のとろみを使用し、安全に嚥下ができる工夫が必要です。食事摂取時には車いすからいすへと移乗していただき、前屈防止のためにもしっかりと地に足をつけた座位保持を心がけ、食事をしていただく。咀嚼・嚥下機能の低下が見られるので、歯科医師と連携し、毎食時口腔体操を行い、食事を始める前に口腔内を刺激し、十分な唾液の分泌を促すとともに、安全に嚥下ができるようお手伝いさせていただきます。また食後には、誤嚥性肺炎の防止のためにも口腔ケアをしっかりと行い、毎食後口腔内を清潔に保っていきます。

歯科医師：介護福祉士さんのケアの方針は、ADLの確保ということで移乗をさせる、先ほどお話した前屈の防止のために足底、足の裏を、足の裏が車いすの側板に乗っている、こういった状態は食事のポジショニングとしてとても大事ですね。だから、座位保持まで見ていただける、そういった運動を通じて覚醒も促し、食前体操をしてその準備の生活リズムを取りながら、準備をさせて臨むということですね。

2-2. 追加のアセスメント（介護福祉士）

介護福祉士：追加のアセスメントは、1つ目に食事に集中できる環境作りを提供します。気が散ってしまうと食事に集中できない方なので、大勢の中で食べていただくのではなく、少人数のテーブルで食事をしていただき、気が散らないようにテレビを消す、または大勢の人が目に入り目からの刺激がたくさん入ることで混乱しないよう、ついたてなどで目隠しをするなど、食事に集中できる環境作りを心がけていきます。2つ目は、安全な食事が継続できるよう歯科医師の協力により、診察をしていただきます。その後、歯科医師の適切な指導の下、毎食前に口腔体操を行います。同時に義歯調整後、ご本人の抵抗がなければ義歯を使用し、食事をしていただきたいと思います。ケアの具体的内容は、アイスマッサージ、顔への刺激・アプローチ、発声練習、痰がらみがある際には随時サクションを行う。最後に食後の口腔ケアを行い、残留物の残らないよう、口腔内の清潔に努めます。

歯科医師：食環境の問題は、さきほど事例の説明時にもお話しさせていただきましたが、これは、実際けいせい苑で可能なのでしょうか。

介護福祉士：はい、実際にけいせい苑では実施しております、もちろん梅安先生の指導の下ですが、それによって、とても誤嚥性肺炎で入院する頻度が高かった方が、半年に一度と入院頻度がどんどん低くなっている事例はあります。ごっくんできない方や、咀嚼ができない方がいるのを、どうしても加齢のため、歳だからと見過ごしていた私たちがすごく無知だったなど、今はこういうことをまめに、毎食後、毎食前、必ず行うようにしております。

歯科医師：食環境のところで、集中させるためにテレビを消す、場所も少し座ってる場所をどこか壁際とか・・・それは可能なんですか。

介護福祉士：はい、小さいテーブルを設けたりして、現在も行っております。やっぱりどうしてもテレビの音で気が散ってしまう方もいらっしゃいますので、もうちょっと心地良くゆったりとした曲を流す時間も設け、食事の時間はゆったりとした形での食事を心がけております。

歯科医師：このような配慮、評価が必要ではないかということです。それでは、介護福祉士の立場でこの事例を受けて、解決すべき課題、そしてそれに対する計画もあわせてご説明いただけますか。

2-3. 解決すべき課題（介護福祉士）

介護福祉士：解決すべきニーズは、現在の健康状態を維持する。課題1、前屈することなく安定した姿勢で食事を取ることができる。課題2、義歯を使用して食事をするができる。課題3、口腔体操、食後の口腔ケアを毎食時実施する。課題4、最後まで集中して食事をするができる。課題5、安全に嚥下することができる。

2-4. 問題解決のためのケア計画、評価項目、時期（介護福祉士）

課題1「前屈なく食事が取れる」に対する計画は、車いすから通常のいすに移乗していただき、テーブルと本人の食事をする際の位置をまずは適切なものにし、安定した姿勢を保っていただけます。課題2「義歯を使用して食事をするができる」に対する計画は、

早急に歯科医師に診察していただき、本人に合った義歯を用意させていただきます。また義歯完成までは食事内容をこちらで十分把握し、必要時には細かく刻むなど手を加え、安全に食事ができるよう工夫します。課題3「口腔体操、食後の口腔ケアを毎食時行う」に対する計画は、食前に口腔体操を行うことで、食べ始める前にご本人とのかかわりを増やし、雑音・ゴロゴロ発生時には食事の最中であってもサクションを行い、痰を除去し、誤嚥やむせを防止します。さらには、食後はブラッシングやうがいを行い、うがいのできない方にはハチアズレガーゼで口腔内をぬぐい、清潔に保ちます。課題4「最後まで集中して食事をする事ができる」に対する計画は、食事中は常に見守りを行い、気持ちが集中しやすいよう少人数のテーブルで食事をしていただいたり、テレビを消し混乱を防止したり等、ご本人にとって一番食べやすい環境を提供します。食事中に手が止まってしまうことが多い方なので、覚醒時間を長く保てるよう、1日の運動量の見直しや、夜間の睡眠状況を把握し、日中しっかり覚醒していただけるように原因を探ることに努めます。食事の拒否が見られるとの情報から、それは食事をするのを忘れてしまっているのだろうか、または活動量が少なくおなかがすいていないのだろうか、あるいは小食であることの原因の1つに何か別の病気がからんではないのだろうかなど、様々な食事が取れないことに対するケア、食事が取れない理由を探る必要があると考えてます。課題5「安全に嚥下することができる」に対する計画は、食形態の見直しや食事摂取時間の確認を行います。また、今後嚥下により安全に食べられるよう常に見守り、声かけを行い、必要時にはお手伝いをさせていただきます。むせが見られるので、水分には少量のとりみを使用し、脱水防止、健康維持のため、水分は1日1,500mlを目指し、こまめにお勧めしていきます。次回モニタリングまでの期間は、状態が安定するまで週に一度実施していきます。

歯科医師：私どもが施設に訪れるのは週に1回なので、それまでの期間は現場でやっていただきますが、誤嚥性肺炎の予防ですので、口腔清拭というのは必須だと思います。その中で、これハチアズレガーゼっていうのは、すでに常備されているのでしょうか。

介護福祉士：常に、ハチアズレガーゼの入れ物が各チームに置いてありまして、うがいのできない方がたくさんいらっしゃいますので、そういった方には1人1枚、2枚であっても必ず口腔内の残留物を取るっていうことは心がけております。

歯科医師：分かりました。食事の「安全に嚥下」というのはとても大事なところですよ。ここでポジショニングについても十分配慮され、食形態、水分は、特に問題でしたので、少量のとりみを使用していくということですね。当然、1口の量、ペーシングという点に気をつけながらやっていただくことですね。では、介護福祉士として連携における視点で最後にご意見いただけますか。

2-5. 協働実践のための具体的提案（介護福祉士）

介護福祉士：1人の利用者に対し多職種連携が必要不可欠なこともあり、同じ情報を常に共用していくことはとても重要なことです。しかし、共有するまでには時間を要したり、みんなが周知しているとは言えないのが現状です。私が考えます具体的提案は、必要時行われるカンファレンス内容をかかわる職員各自が把握するのはもちろん、公休などでその

日不在の職員にも現状が把握できるよう、申し送りノートを活用することなどですが、現状はノートの中にたくさんの申し送り事項が記入されており、情報が混乱してしまっています。どの内容がどの利用者のものなのかをしっかりと把握するまでには、時間がかかっています。食事内容の変更や、食事を進める介助の仕方など、細かく記入できること、またはその1冊さえあれば、食事・栄養に関することが一目瞭然となるよう、食事と栄養に関する専用ファイルなどを作成し、表紙には日付が記入できるようにし、出勤した際には新しい情報がファイルされていないかを常に確認するのも、方法の1つではないかと思いました。また、嚥下など食に関する項目を一度に把握、なおかつスピーディーに目にするのできるものの1つとして、ミールラウンズはとてもよいと思いました。多職種の方それぞれに対象者のミールラウンズを用意することで、みんなが素早く現在の食の状態や栄養状態、さらにはカンファレンス内容も同時に目にするのではないかと思いました。食事をしている様子を常に目にしているのは、私たち看護職、介護職だと思います。異変、特変時には迅速に看護師に報告後、栄養・看護・介護が同席した中でカンファレンスを行い、事前に介護の中でもチーム内で意見を集約しておき、担当介護士がカンファレンス参加時にその都度伝えていき、介護と栄養の分野からも意見を総合しながら経口摂取がいつまでも継続できるように最善を尽くし、連携第一に考えていくのがいいと思いました。

歯科医師：キーワードは、食事と栄養に関する専用ファイルを作ったらどうか、ですね。そのほかいっぱい書類があるわけですから、そこだけ特化して専用ファイルをみんなの目に当たるようにする。それからミールラウンズ、これをつけてみてお互いの職種で共通のものがでてこないかと、そういう物差しを1つ持ったらどうか、こういう提案でした。あとは月に1回、カンファレンスでそのほか家族からのお話等を聞き取る、こういう提案でした。では、管理栄養士の高橋さんから、まずケアの方針はどうですか。

3-1. 栄養ケアの方針（管理栄養士）

管理栄養士：1つ目、食事を経口でおいしく楽しく食べていただきます。同居家族と離れたBさんの思いを酌んで、食事を楽しんで過ごしてもらいたいと思います。摂食嚥下障害を生じると、食事を食べる楽しみが失われます。それにより誤嚥性肺炎や脱水や低栄養も引き起こします。このような摂食嚥下障害のBさんの特養施設では多職種共同で口腔ケアを行って、口から食べることを支援したいと思います。2つ目、現状の問題を把握し、その改善を図る食事支援をします。日常生活自立のⅢaは、食の認知症状の周辺症状BPSDがすでに表れていると思います。食事中に放心状態になるということは食事の失認であり、食事の吐き出しやむせは食事の拒否を示す拒食の症状だと思います。そのために食事を経口摂取で栄養確保するには、アルブミンが2.7、BMIが15.3と良好とは言えず、困難な状況です。また義歯の使用がなく咀嚼不十分で嚥下障害も見られ、誤嚥性肺炎の入院歴があるということです。こういった症状を見ながらこれらのリスクに対応した食事支援をしていきたいと思います。3番目、家族の意向を尊重します。ご家族は、Bさんにはいつまでも元気に暮らしてほしいと願う気持ちがあると思います。その思いを酌んで、Bさんの嗜

好を含め食事支援に組み入れたいと思います。これらのケア計画は口腔摂食嚥下の機能評価を歯科医、歯科衛生士の審査の下、多職種で共同して食事支援を行っていきたいと思います。

歯科医師：この義歯の使用という形、食べるための道具、形というのは、先ほど私のほうからコメントさせていただきましたように、使えるかどうかというのが一番問題ですよね。使える場合と使えない場合でちょっと違ってくる。あるいは、どういうふうに歯が残っていないのかは分かりませんが、上下でのかみ合いの歯の本数よりも、かみ合っかむ位置が安定することがとても大事です。ですから、かみ合っかむところがあるのかどうか、場合によっては上だけ入れる、上の入れ歯だけ入れるという方法もあります。嚥下のためだけに入れるってこともやります。それから捕食がうまくいかない場合は、同じように上だけ入れて、上唇がとても大事なんですね、捕食のためには。上唇が大事なので、食事以外の時は入れておいていただきます。自分の唾液の嚥下もしますので。そういったことから使用を再開する等、義歯が使えるか使えないかではだいぶ状況が変わってくるのかと感じます。

3-2. 追加のアセスメント（管理栄養士）

管理栄養士：1つ目。食事・水分の摂取量を把握する必要があると思います。それから嗜好調査をします。嗜好・禁止食品は特にないというBさんでしたが、ご家族から再度確認を取って、好物があると食欲が出ますし、好きなものはしっかり咀嚼・嚥下ができると思います。それから入所前の体重を量りたいと思います。前施設のグループホームか、入所施設での直近の体重から体重減少率というのを割り出しておいたほうがよいと思います。

4番目、口腔摂食機能評価をいたします。VE、VF、水飲みテスト、フードテストなどを歯科医師に協力を得て嚥下評価を行っていく必要があると思います。それによって、咽頭残留や嚥下反射の程度を見て、その食形態を決定していきたいと思います。それから認知症を知るということです。認知症によっては食の周辺症状に特徴があって、その認知症をしっかり把握して、その症状に応じた食支援ができると思います。また、食の周辺症状の認知症も把握しておくことがよいかと思います。例えば徘徊ですと、食べることに集中できなくなるということですが、担当施設においてはこのような症状の入所者がいます。その方にはサンドイッチやおにぎりなどを提供し、ぱくっと1回で食べられるように提供しております。認知症による摂食嚥下障害は、普通の栄養アセスメント計画では改善はなかなか図れないかと。その認知症状に合った食事を提供して食べていただく。栄養とかという目標ではなくて、まずは食べていただくという計画が大事なような気がいたします。

歯科医師：認知症は私たちも大きな課題でして、認知症の種類によるその食の周辺状況の違いは皆さん方ご存じかと思いますが、それに合わせた対応をしていく。北海道医療大学の山田律子先生がいろいろ今まとめていただいておりますので、アルツハイマー・ディメンティアに代表されるような認知症の最初に、スタートがなかなかできない、食事の中断、食べ方が変わってしまう、この3つが大きく、一般の在宅において同じです。いろいろ悩んでいるところですから、そこら辺の視点を持ちながらこういう施設での認知症の食のス

タートをどういうふうにかにスムーズにさせるかということ、考えていかなければいけない。これは今私どもがカンファレンスでやっているところです。では、管理栄養士さんからの解決すべき問題と、ケア計画をあわせてお話させていただきます。

3-3. 解決すべき課題（管理栄養士）

3-4. 問題解決のためのケア計画、評価項目、時期（管理栄養士）

管理栄養士：1つ目。低栄養状態であるということ解決したいと思います。問題は食事に対する拒否があるため、満足な食事摂取ができない。BPSD では拒食、ということではないかと思えます。原因は食事を吐き出す、食事に集中していない、食事に時間がかかる、もしくは胃がんによる胃切除の後遺症なんかの影響があるかもしれないと思われま。兆候・症状としてはBMI、血清アルブミン値が中・高リスクの状態にあるということです。このことに対する目標ですが、低栄養状態を改善するために、食事量や水分量を確保するための食事支援を行います。具体的なケアは、口腔摂取嚥下機能の評価に基づき、咀嚼能力に応じた食形態の提供を行っています。吐き出すということなので、固いものを除き、代替食や軟菜食にする。例えば当施設では、麺が好きだという方に対して、すすめる力が低下した人には麺団子にするとかという提供をしております。好物はしっかり食べられるので、できる限り形態を変えてでも提供するほうがよいかと思います。それから集中力を得るために、一般的に好物にはしっかり集中できると思えます。アルツハイマー症の場合は、気の引く食器ですとか器を使って提供するとか、あるいはご家族にお聞きして家庭で使用していた食器を継続して使っていくとか。それから一定の時間を定めて食事を終わらせるということが、集中しないということに対する解決かなと思えます。そのためには食事量を減らすということにもなりますが、その不足分については、エネルギー、たんぱく質も補給できる補助食品を選択して提供していくということがよいと思えます。しかしこの種の食品は、咀嚼能力の向上を考えていくと、咀嚼する必要がない食品が多いので、食事をするという満足感が得られないのではないかなとも思われますので、長期使用は避けたいと私は思います。また、1日の3食の食事にこだわらず、回数を増やしたり時間をずらしたりと食事の提供をしていけたらと思います。モニタリングは体重の推移増減の観察を行い、体重測定を週1回していく。それから管理栄養士としてミールラウンズを行うということです。これによって体重の増加がもしあれば、食事内容が適正であったと判断することができるかと思えます。

2つ目。嚥下障害ですが、問題は水分でむせていること。原因は嚥下機能の低下があるのではないかと。兆候・症状としては、誤嚥性肺炎の入院歴があり、食中・食後ゴロゴロの湿声があるということです。これに対して嚥下評価をしていただいて、嚥下機能に応じた食事支援を行う。例えば水分のとりみ調整をするということですが、水分のとりみ調整も固すぎると咽頭に残留するということが当施設でもありました。そのために、水分をきちんと飲んでいただくために、水ゼリーで交互嚥下をしていただくというふうにご食べていただいている方がおります。それからあとは、食形態ですが、2形態を1形態にする、ばさつくものを粘りのあるもので混ぜたりあえたりするという事です。それから、咽頭残

留のために先ほど申しあげましたように交互嚥下のゼリーを添えるとか、あとは主菜・副菜をソフト・蒸す・ゼリー食にしていくということです。これについてのモニタリングはミールラウンズを行い、1週間後にまた多職種、歯科医、歯科衛生士、介護、看護で評価をして、その状態を見ていく。その際、Bさんはむせがあるかないか、その度合いは変化なしか改善傾向にあるか。それから食中・食後のゴロゴロ音があるかないか、変化があったとか改善傾向にあるかを評価していきたいと思います。また大事なことは、誤嚥なので看護師から発熱状況の情報を収集していきたいと思います。

3番目ですが、咀嚼困難の改善です。食事に時間がかかる、もしくはこれは食事の失認ではないかととらえることもできます。原因は義歯がないためや、食形態が不相当であって食事に時間がかかるという場合も考えられます。兆候・症状は、食事を吐き出すし顎が外れやすいということです。このことについての目標は、もちろん咀嚼能力に応じた食形態ですが、義歯の調整ができるまでは、舌や歯茎で押しつぶせる食材や食形態で提供する。例えば、豆腐とか卵豆腐とか湯葉料理とかとろろ芋とか、それから軟菜食にするとか、それから蒸す・ソフト・ゼリー食、あるいはまた主食であればパン粥とかパンプリンと・・・このことは、フロアの皆さまにももっとアイデアがあるかと思われま。

歯科医師：今話されたようなことですが、水でむせて、そして今度食形態をアップしたい時に、咀嚼できるかどうか、歯があってもなんといいいますか、それを道具として咀嚼としないで舌だけで丸のみしちゃう方もたくさんいます。その場合、私たちはその方が食べられるかどうかというのは非常に大事ですが、どうやってやるかというところ、その食材のいわゆる食感のあるものをくるめて端を持ち、歯の上にわざとのせた時に咀嚼を引き出せるかどうかを見ます。それがうまく咀嚼を引き出せるようであれば、積極的に今言ったようなことを私たちで咀嚼訓練を行い、つまり歯を使っただけの咀嚼は側頭筋使ったりするんですが、それとペロを使っただけの食べ方はまた違います。ですから、ペロが中心にその食べ物を送り込まれているのが、歯が中心になって食塊形成がされて、奥に送り込まれているかをいざ見極めていくことが、筋肉の使い方によって少し違うので、この辺の触診のやり方を、現場に見ていただいております。今、管理栄養士がお話された、つなぎと言われているようなとろろ芋や、お豆腐、ゼリー、餡等は大いに活用しながら、今言ったような機能的なものが復活できるかどうかも見ながら、食を上げるかどうかについて連携してやっていると。では、最後に連携について提案いただけますか。

3-5. 協働実践のための具体的提案（管理栄養士）

管理栄養士：モニタリングの多職種協働というところで連携はほぼ完結していますが、けいせい苑の場合は、摂食嚥下委員会というのを設置しております。委員のメンバーは、施設長、歯科医、歯科衛生士、管理栄養士、介護士、看護師、随時関係職種で組織していません。摂食嚥下委員会は定期的に就業時間外に口腔カンファレンスを内容とする委員会を持ちます。また年1回、苑内学習会というのを計画して、梅安先生に講師をお願いしております。これによって、職員の口腔ケアのモチベーションが高くなります。そのことにより、常時入所者の食事状況の観察ができ、摂食障害が早めに対応できるという効果を得ており

ます。

歯科医師：ありがとうございました。今までのお話にあったように、1つのモデル事業的に、けいせい苑とうちの関係はかなり進んでおりますが、実際は、週に1回衛生士と一緒にいき、食事介助自体は私がさせてもらいます。私がさせていただいて、食べさせ方だとか食形態の見直しも、私が責任持って根拠を持ってアップやダウンしたり、それをまた経口維持ができるかできないかのボーダーのところは、主治医の先生といろいろディスカッションしなきゃいけないのですが、食形態のアップやダウンについては、これは現場の介護福祉士、管理栄養士、調理の方も、なぜ刻まなきゃいけないのか、なぜそこにあんをかけなきゃいけないのかっていうことも、一緒に実は立ち会っていただいています。実際の評価のポイントは、私どもと施設とは、この姿勢と食環境が入ります。姿勢と今言った食形態、食感、味わい、それから今言った食べる機能ってというのは、咽頭機能は両側性支配で、かなりギリギリまで残存しますから、この食べる機能が使われないまま意味なく刻みにされたり、食形態がミキサーにされたりっていうことで、その機能が引き出せてないケースのミスマッチが圧倒的に多いです。その結果、咽頭残留っていうことも臨床的には一番多いので、場合によってはファイバーで家族も含めて、なぜおじいちゃん、おばあちゃんにはこういった乾燥した食べ物だとかおやつは与えちゃいけないかっていうのを、実際にVEの画面で見ていただきながら、私どもに食形態や食べさせ方だとか食事の内容についてお任せをいただいているということも多々やっています。ですから、検査を年間100例くらい行い、納得の上で食形態の変化をさせていただいています。

それから、介護保険制度を支援する仕組みとして、私どもは、このように連携させていただいていますので、実は口腔機能と栄養のアセスメントの結果のハイリスクとリスクは、相関します、当然ですが。口の中のリスクが高い人、機能的なもの、歯の形、本数もそうかもしれませんが、この動きですね。トータルで見て、口腔機能がハイリスクの人は、栄養状態もハイリスクです。それぞれ歯科衛生士や歯科医師がかかわったりしています。前入所者さまについては、年に1回、全部検診をさせていただき、そこに栄養アセスメントと口腔機能アセスメントがまったく同じところにファイルであってですね、口の機能が悪いから、これ栄養状態、摂取十分できないよね、当たり前のことを1つのファイルにして、私どもで返している。去年より当然今年のほうが非常にリスクは下がってきているわけですが、そういった共通理解のためのケアカンファレンスを月に1回やっています。

あと、私の課題等々は、大体すでに話されていることですが、鼻咽腔の閉鎖不全の方も多いんですね。軟口蓋が上にくっつかなくて、無呼吸で陰圧形成できていて、この状態ができないと食道に安全にものを運べないので、その場合の審査としては、手鏡を皆さま方が持って、あーっと発声してもらいます。その時、鼻側鏡というのですが、こういう状態であーっと発声していただくと、通常呼吸は鼻から漏れませんのでくもりません。ティッシュでもいいです。ティッシュでこうやってあーっとやっていただいて、ティッシュが揺れるようだと、その呼吸は鼻からも抜けている。鼻から抜けているってことは軟口蓋の今言った鼻咽腔閉鎖不全を疑います。ということは、嚥下にとっても不利な利用者さまです。

こういった検査の簡単なやり方を、介護職、看護師、管理栄養士も含めてやっています。それから水飲みテストは非常にゴールドスタンダードですが、水飲みテストも聖隷三方原病院がされていることはしていますが、横広にしてみてください。ハイリスクの患者さまです。経口で食べられるかどうか。横広にして、そしてさっき言いましたように、上唇がフツとすすれるかどうか。先ほど管理栄養士が言いました。すすれなかった場合には、団子にしてと言っていました。すすれるかどうか、つまり上唇が自発的に動けるかどうかは機能が残っているかどうかなんです。ですからいくつか細かいところで、そういった嚥下評価、捕食評価、送り込み評価等をして、あとは一般的な栄養状態の喫食率は体重の増減、脱水の有無のチェック、場合によっては呼吸リハはとても大事なので、誤嚥した時に、(咳をしてみせる)こう喀出できるような食間に入れていただくなどをお願いして、そして、個別に食形態を決めたり、安全に対応し、そして経口摂取がずっと維持できるように、医療の側から支援しています。カンファレンスを月に1回2年間やってきて、お互いの職種が理解が進んだと自負をしておりますし、結果がでてきてますので、皆さま方も地域に嚥下をやってる歯科医師があまりいなくて恐縮ですが、まず歯科医師会には委員会がございますので、ぜひ連携を取っていただきたいと思います。

事例B「摂食嚥下障害の事例」

特別養護老人ホームありあけの里

医師	金城聡彦
管理栄養士	上間鈴美
歯科衛生士	久米藤子
介護福祉士	傍島英男

1. 事例の確認

医師：事例Bは、89歳女性、要介護4、独居からグループホームに行きましたが、嚥下障害があり、グループホームでは見られなくなったので、老健へという経緯です。既往歴は、胃がんによる胃切除です。身体状況を見ますと、低栄養、認知症、日中に手が掛かっているということですね。服薬はカマグが入っている。食形態は全粥、きざみのみ。水分はとるみなし。一応スプーンで自力摂取できるが、食事中に放心状態があり、手が止まり吐き出しがあり、義歯は使用していない。また、あごが外れやすい。嗜好禁止食品の指示は特になし。他職種からの情報では、介護職から飲む姿勢が悪く、食事に集中ができていない等があります。言語聴覚士から、肺の雑音ゴロゴロンが聞こえるという情報あり。この方に対してケアプラン作成を今からやっていきます。では、一人一人の職種が、1から4について発表していただきます。

2-1. 栄養ケアの方針（管理栄養士）

管理栄養士：栄養ケアの方針といたしまして、この方の吐き出しやむせがあり、義歯は持っているが、合わないためということもありまして、必要栄養量の確保と栄養状態の改善

という方針を決めました。

2-2. 追加のアセスメント（管理栄養士）

医師：では、追加すべきアセスメントとしては？

管理栄養士：食に関する嗜好の把握が1つ。摂食状況の観察、好みの味、食器が適正なのかどうか。食事時間の確保や食形態が適正なのかを知りたい。3つ目は、摂取量の把握をアセスメントしていきます。

医師：まだ具体的に何割、何kcalを取れているのか、全然分かりませんので、その辺りが必要と思います。では、解決すべき課題は？

2-3. 解決すべき課題（管理栄養士）

管理栄養士：解決すべき課題といたしまして2つ挙げています。低栄養の改善と摂食嚥下障害です。それから、症状、むせ、食事の吐き出しや、食事が進まない、胃3分の2を切除があるということで、栄養状態の改善を解決できるのではないかと。2番目に、嚥下性肺炎の予防といたしまして、原因は誤嚥。原因は嚥下機能の低下があるということと、症状に、むせや肺雑音、そして誤嚥性肺炎の既往歴があるということでした。

医師：リスクは高いと思われます。嚥下性肺炎ですね。では、その課題解決のためのケア計画としては？

2-4. 課題解決のためのケア計画（管理栄養士）

管理栄養士：2つほど挙げました。1つは、栄養量の設定とエネルギー出納の把握。具体的な行動といたしまして、1日摂取エネルギーの設定を1,500kcalで、Alb値を、2.7g/dlでしたので3g/dlまで。体重も30kgでしたが43.1kgまで。

医師：胃切除をしていますので分食も必要ですね。

管理栄養士：はい、分食を行うということを挙げています。評価項目といたしましては、毎日の食事摂取量の確認をする。体重は1カ月のチェックを、介護福祉士、それからナースとの連携で確認します。Alb値は、2週間後に血液検査で確認をしていただきたいと思っています。

医師：体重は今30kgですけれども、どれぐらいのペースで目標まで持っていかれたらよろしいですか？

管理栄養士：現在はむせや食べないということがありましたので、食形態を改善し、月に1kgぐらいは増えていくのではと考えまして、長いスパンで43.1kgと設定しました。

医師：では13カ月がかりで、1年少しかけて目標体重に持っていくということですね。分かりました。Alb値はいつぐらいまでに3g/dlまで行くような形にしましょうか。

管理栄養士：アルブミン値に関しては、食事量が増えて体重が増加して、例えば3カ月ぐらいでは、アルブミン値も3.0/dlぐらいまでには行くのかなと予想しています。

医師：そうですね。適宜、血液検査も見ながらですね。次、2番目は？

管理栄養士：誤嚥の予防を挙げました。ケア項目、具体的な行動といたしまして、食形態を変更いたします。今、全粥、きざみ食ですが、食形態を変更します。具体的な行動として、嚥下評価を行い食形態の変更、とろみを付けた食形態を提供していくということです。

医師：嚥下の評価に応じて、例えば水飲みテストと反復唾液嚥下テストとか嚥下内視鏡とかの結果に応じて食形態を決めて、それをすぐ提供していくと。分かりました。

評価項目は、どのようなものでモニタリングしていただけますでしょう。

管理栄養士：評価項目としましては、食事摂取量、むせの頻度、発熱の有無、肺雑音の有無ということで、頻度は毎日、それから、2週間を目安に評価していきます。

医師：分かりました。続きまして、歯科衛生士からこの方についてのケアの方針を教えてください。

3-1. 栄養ケアの方針（歯科衛生士）

歯科衛生士：まずケア方針としては、継続した口腔ケアによる摂食機能の維持・向上を考えています。

3-2. 追加のアセスメント（歯科衛生士）

追加したアセスメントとしては、口の中の状況、入所してまだ3日目ということなので、状況まだ分かりませんので、それをちょっと見ていきたいということと、あと歯科受診をこれまでどんなふうに来てきたかとか、最後に歯科受診されたのがいつなのかということも聞きたいと思います。入所して初めての歯科検診も予定して、可能であれば、摂食嚥下機能のテストも、簡単なテストからできると、誤嚥予防につながるかなと思います。

医師：歯科受診の目的にはどのようなものが？義歯の調整ですか？

歯科衛生士：そうですね。義歯の調整もそうですが、この方の場合はいつから義歯を使わなくなったのかというのが分からないので。また、例えば、潰瘍が、口腔内にできていたり、また別の問題がないかということも歯科受診でしっかり見ていただいて、それから義歯を作るなりする。使えないのでしたら、どうしていくかということも検討していきたいなと思っています。

医師：たしかこの方に拒食もありますね。ひょっとしたら、口内炎が痛くて拒食しているのかもしれない、そういうこともあるということですか。

歯科衛生士：そうですね。義歯のない状態でお食事してきた経緯がありますので、何らかの形で口腔ケアはしても傷付くことはありますし、カマグを飲まれていますので、カマグがきれいに飲み込めてない場合には、それが潰瘍の原因になったりするという報告もありましたので、そういったことも見ていけたらなと思います。

医師：分かりました。3番目の、早期解決すべき課題について教えてください。

3-3. 解決すべき課題（歯科衛生士）

歯科衛生士：まず、早期にも歯科介入ということで、問題点としては、摂食の困難。原因としては、義歯の未調整、未使用。あと、あごが外れやすいということもあります。症状としては、食べ物の吐き出しや拒否ということが考えられます。もう1つは、口腔ケアと機能訓練の開始ですね。嚥下困難ありますし、嚥下機能の低下もSTさんから指摘がありました。症状としてもむせや食中、食後のゴロゴロした雑音というものもありますので、そういったものも改善していきたいなと思っています。

医師：そうですね。きょうまで適切な嚥下の評価をして、口腔ケアの早期介入が必要そ

うですね。では、4番、具体的にケア計画を教えてください。

3-4. 課題解決のためのケア計画（歯科衛生士）

歯科衛生士：まず、経口摂取を維持していきたい。口から食べていただけるのが一番。一番とまでは言いませんけど、食べていくことが望ましいと考えられますので、それを目標にしたいと思います。短期目標としては、2週間義歯の再使用、再開を目標とし、まず私が口腔機能の状態を確認させていただいて、問題点がないか見せていただき、ご家族やご本人さんの希望について、これからどうしていきたいのか。例えば、義歯を使うにしても本人が拒否をしたりするということがあります。

医師：安いものではないですからね。幾らぐらいですかね。

歯科衛生士：保険が利くのであれば2万円まではいかないと思います。型をとり、その前の処置もいろいろありますけども、大体それくらいと言われてはいますね。

医師：勝手に作って請求して怒られては大変ですよ。

歯科衛生士：家族が希望しないこともやっぱりあります。もう要らないでしょうっていうことで。

医師：前居た方が、もうこれ5回目ですよ、どうせ使わないのだから、もう作らないでくださいと怒られたこともあります。必ず家族の意向を聞いてくださいね。

歯科衛生士：もう1つは、義歯を使わなくなって長くなった方の場合は、義歯を再開するのがすごく難しいことが多いですね。義歯が入ったから食べられるかという、義歯はあくまでも道具なので、使いこなせるかは、本人の口腔内の状態と認知の問題もありますし、そういうのがあるかどうかを見てからじゃないと。安い買い物ではありませんので。

医師：義歯はよく問題になるのですが、義歯をすることで口の中の容積が小さくなって送り込みが良くなる可能性もありますが、逆にそれで感覚の低下などで、逆に摂食がうまくいかない場合もあるので。また、家族さんに、義歯を作ったら良くなりますよとだけ言ってしまつとね。高いお金出したのに、駄目と言われることもあるので、うまくいかない場合もありますよっていうのをしっかりと伝えないと。

歯科衛生士：あとは、歯科受診を設定して見ていただく。1回目の歯科受診の場合には、できるだけ家族さん一緒に同席していただいて、情報を共有して今後どうしていくかということも聞いていきたい。

医師：あと、この方は義歯にすることによって、あごがはずれると言われますよね。これは改善する見込みはありますか。

歯科衛生士：すいません、わたしが診断することできない、何とも言えないのですが、ただ顎位の安定ということで考えていくと、やはりかみ合わせをしっかりと作って、それからチンキャップを固定するというので、やはり作った上であごを固定するというのを考えていくので、できるだけあったほうが良いと思います。

医師：良くなる可能性も十分あると。そうですね、これは歯科口腔医の先生と連携していったほうが良いでしょうね。

歯科衛生士：はい。義歯作っただけではなくて、義歯を使った上での治療開始。できる治

療というがあるので、やっぱりそれを考えると、作ったほうがいいかなと思います。機能訓練を含めた口腔ケアですが、本人はまだ入所して3日目で、職員は誰が誰か分かりませんし、ここに慣れるのがやっとなので、無理な訓練ではなく、例えばあったかいタオルでマッサージなど、お互いに顔が分かる間柄になるようなケアから始めていって、それからどんどん深めていけばいいなと思っています。これは口腔ケアですが、わたし1人がやる問題ではないので、介護士さんたちにも「こういう状況だよ」とか、また向こうから聞いた状態をわたしのほうでまたいろいろ考えて、お互いにやり取りしていきながらやっていきたいと思っています。

医師：1日何回やります？

歯科衛生士：基本3回やりたいところですが。

医師：3回。食事前？

歯科衛生士：そうですね。

医師：この方、食事中にどうもボーとするなど覚醒が悪い可能性もあるので、覚醒を促す意味でも、食前の口腔ケアを行って摂食していただくという方法もあるかと思うのですが。では、今のところ3回の口腔ケアを設定してやっていくということですね。

歯科衛生士：必ず、そのうち1回はわたしが入れたらと思っています。5番目。最後は、2週間これをやった後に再度、口腔内の観察を。機能を含めて、わたしどもで見てきて、今後それをどう生かしていくかということになると思います。義歯に関しては、作り始めてから大体4週間くらい掛かります。週に1回往診に来ていただいたとしても、ほんとに作り始めからでしたら4回から5回。調整含めると5～6回掛かるので、この範囲内ではちょっと義歯の問題を解決することは難しいと思いますが、必要であれば作って、それも様子を見ながら。

医師：分かりました。では、次にこの方の栄養ケアの方針について、介護士のほうからお願いします。

4-1. 栄養ケアの方針（介護福祉士）

介護福祉士：栄養ケアの方針としましては、食事摂取をしやすい環境をつくりたいと思います。

医師：では、追加のアセスメントをお願いします。

4-2. 追加のアセスメント（介護福祉士）

介護福祉士：追加のアセスメントとしては、食事形態が嚥下状態に適した食事形態であるのか。集中力が持続できる時間が一体どれぐらいあるのか。あと、食事摂取時の環境設定、本人と家族への情報収集、聞き取りですね。あとは、この栄養状態ですので、褥瘡ができていないかどうか。また、よくあごが外れるということですので、食事介助の際などですね、どこまで開口してもらって良いのかという追加のアセスメントが必要かと思っています。

医師：はい。この環境設定というのをもう少し具体的に言うと？

介護福祉士：そうですね、環境設定ということこちらの事例にも書かれてあるんですけども、車いすに座ってオーバーテーブルを使用ということになっていますので、例えば車いすが

本人に合っているか。大きさと幅とか、いろんな形もありますので、普通型もあればリクライニングなどの車椅子が本人に合っているか。オーバーテーブルもただ使っているだけでは意味がないので、ちゃんとテーブルの上に置かれている食事が、見えるような高さに設定されているか、という環境についてです。

また、この方はまだ情報として入所3日目であり、まだ慣れてない、職員も分からない、建物もよく分からない中で、みんなの中でうまく入っていけるかどうか分からない方なので、例えばちょっと慣れるまでは家族に来てもらったりもできるのかなど。

医師：これまで日中独居からグループホームということで、独居のほうが長かったかもしれませんが、食べている時など、例えばテレビがついているかどうか。姿勢はどうでしょうか？

介護福祉士：姿勢などは、食事の前屈が見られると介護職より情報がありますので、このあたりも車いすだけじゃなく、車いすであれば例えばフットレストにちゃんと足が着いているかなど、車いすであれば、クッションとかいろいろまた使える物があると思います。

医師：体幹を安定させるようなことが必要でしょうか。

介護福祉士：そうですね。

医師：あとは、やっぱり前屈されている方は、胸腔の面積、容積が少なく、呼吸が速い場合が多い。呼吸がスーハースーハーするタイミング、これは普通ある程度吸って、ゴックンして、ハァと出すリズムでやりますがうまくできない。

ゴックンした後吐くのですが、それがスーハースーハーして、タイミングが合わない時に食べちゃうと、ハァと吐いて食べてさらに吐けないので、そのまま誤嚥の可能性などもあるので、姿勢を整えるというのも大事ですが、呼吸とのリズム、それがちゃんと適性かどうか。

ですから、食事のペースなど必要に応じて行う。必要がないかどうか、そのあたりを見ていただきたいと思います。

また、使っている食器の適性についてです。よくお椀を持つ時にプルプルしながら、こぼしてしまう方は、当然取っ手付きなどが必要になってくると思います。

スプーンが大きくて、入れるけれども口で飲み込めなくて吐き出しをしている事とかあるかもしれませんし、使っている食器の用具も適性かどうかなどを見ていただきたいと思います。

4-3. 課題解決すべき課題（介護福祉士）

医師：解決すべき課題としましては？

介護福祉士：解決すべき課題としましては、PESに則って行います。

一つ目に問題として摂食障害が考えられます。原因は、姿勢の持続ができていないことです。症状は、食事中に前屈が見られています。

2番目の問題として、摂取量が少ない。原因としては、食事の手が止まって進まないことが多い。症状としては放心状態があつて集中力がなく、食事に時間がかかり、また、食事に対する拒否があるということが見られます。

三番目に、こちらは摂食が十分にできないという問題点がありまして、原因はそしゃくが不十分である。症状としては、顎（あご）が外れやすいという症状が見られています。

4-4. 課題解決のためのケア計画（介護福祉士）

医師：では、この課題解決のためのケア計画としては？

介護福祉士：短期の目標として、適切な環境で食事ができることを目標としたいと思いません。評価する項目は食事摂取量です。

ケア内容としては、車いすやオーバーテーブルの高さ、位置の確認をする。あと、前屈になっていますので、座位姿勢の確認。放心状態があるので、食事の声掛け。さらには、仮にですけど、15分程度は自力摂取を試みて、集中力が途切れたり、手が止まったりしたら、それ以降は介助する。

あと、家族から食事の好環境を聞きとることも必要。環境というのは、テーブルや椅子だけでなく、例えば好きな音楽、緑が好きなら少し緑を置くとか。そういう環境の聞き取りが必要です。

また、食事量の正確な記録。要は、10割出ても、記録上は10割食べていても、実際結構こぼれていたなら、10割ではないというようなこともあるので、そのあたりの正確な記録を取るということを、ケア内容とします。

医師：記録に関わりますが、量だけじゃなくて、例えば副食でも、「副食3割」とかじゃなくて、副食の中でも、これは「あえ物は全部食べました」とか、お肉類は食べたけど、ほかの野菜類は駄目だった」とか。まだこの方は把握できてないので、そこまで副食の場合は、記録していただければ役立つのではないかと。

15分程度の自力摂取途中からの介助というのは、この集中力が続かない原因としては、やっぱり疲労によるものがあるのでは？

介護福祉士：介護士としては、体力が続かないのかな？という視点で時間の設定を検討しなければならぬのかと思います。

医師：30～40分が限度と。

介護福祉士：そうですね。1時間食事はしないですからね。

医師：分かりました。

介護福祉士：このケアの担当者として介護士が、頻度として毎日2週間記録とか、ケア項目の内容を実施したいと思います。

次が、顎の脱臼への対応です。短期目標が顎の脱臼への対応。評価する項目としては、顎の外れてしまう回数を、どれぐらいの頻度で起こるかというのを評価項目で挙げたいと思います。

ケアの内容としては、どのような時に顎が外れてしまうのかを観察したいと思います。これは、食事以外でもあり得ることなので、こちらも同じく介護士が毎日2週間ほどやっていきたいと考えています。

医師：あと、顎脱臼は、本人が訴えない。「痛い、痛い」と言えばそれは分かりませんが、顎が前に出て伸びたような感じになるのか、流涙が、両側から見られるとか。どういう症状

だと顎脱臼と考えるのか、ほかの介護士さんも見慣れてない方もいらっしゃると思うので、知識の共有をしておくことも大事だと思います。

医師：では、介護士さんの計画・方針に関して、何かほかの職種で質問ありますか？

医師衛生士：10分ぐらいでも20分でもできるだけ一緒に口腔ケアもできたら良いです。

医師：口腔ケアの指導を行うということですね。

歯科衛生士：そうです。情報交換しながらですね。

医師：分かりました。では、栄養士さんお願いします。

管理栄養士：施設の方では、意外と味の濃い目の食事を提供しますが、どのような味付けのほうが好きなのか確認したいと思っています。

医師：どういうのがよく好んで食べるかなどについて聞きますか。

管理栄養士：そうですね。意外と甘いものとか、味の濃いものという感じです。

医師：一般的に高齢者は甘いものが好きとは言われますね。好物はえん下が良くなるというのがあります。これは、僕も前経験したのが、脳梗塞で水分は全く取れないのですが、この方はファンタグレープが大好きだったという情報を得まして、試しにちょっと飲ませたら、普通にゴクンと飲んで。結局一缶、むせも何もなく全部飲みきったということも経験しましたので、やはり何が好きで、何が食べられるかを知っておくのは大事かと思えます。では、私、医師の立場から説明したいと思えます。

5-1. 栄養ケアの方針（医師）

医師：まず、栄養ケアの方針としては、低栄養の予防と改善。身体状態の安定を目指したい。

5-2. 追加のアセスメント（医師）

追加すべきアセスメントとしては、胃切除をされていますので胃切除後症候群に対する評価。胃切除により胃酸がないので、貧血になりやすかったりします。あとは、栄養吸収が悪くなりますので、カルシウムを損ねる骨粗しょう症など。

術式によっては、胃の上のほうから3分の2取っていたら、逆流性食道炎などが高リスクで起きますので、胸やけなど自覚症状がないかどうか、そのあたりを聴取したいと思います。

明らかに、嚥下障害あると思いますので、嚥下評価を行います。反復嚥下唾液テストも、ほとんど陽性と思って良い。嚥下内視鏡は低リスクでできますので、すぐ家族と本人に同意があれば行いたいと思えます。

また、拒食もあり、これは認知症から来ている可能性もあります。これまで評価されていないのなら、必要に応じて薬が必要と判断しましたら、どの形態かを考えるためMRI検査も検討したいと思います。

副作用の評価は、高マグネシウム血症です。カマグなど長期間飲んでると、意識障害、MSO神経反射のような症状が出るということもわかっています。この症状から来る食事の放心などの可能性もありますので、そのあたりも血液検査でマグネシウムを測定してみたいと思えます。

あと、ワクチンの接種歴を聴取したいと思います。誤えん性肺炎の予防で、今肺炎球菌のワクチンがありますので、それを受けているかどうか。受けていないのでしたら、すぐに打っていきたいと考えます。

5-3. 課題すべき問題 (医師)

問題点は、食事が途中でいろいろな理由で止まるということ。この原因は、私は早期ダンピングの疑いもあるのではないかと。食事が胃から一気に腸のほうに行きますので、高浸透圧のものが行きますので、水分がそこで引き込まれて、急に腸管が広がって、それでMSO神経反射の症状で軽い失神が起きて。それでこの食事中に止まってしまう可能性を考えています。あとは、認知症の症状と、疲労が原因と思われます。症状としては、食事が止まってしまう、集中ができない、拒食ということです。

次に、誤嚥です。これは嚥下障害があると思われます。症状としては、肺の雑音。ゴロゴロ音。あとは嚥下性肺炎の既往があるという点からです。

3番目の問題としては、顎脱臼です。これは筋力の低下や、これも大あくびをしたことで、軽い失神の時も顎脱臼って起きやすいですので、これもまた、早期ダンピング、ほかのカマグの高マグネシウム血症などから起因している可能性も考えられると思います。

次の摂食不良ですが、これも洗口器・準備器・口腔器の障害のエピソードがあると思います。吐き出しとか拒食や、義歯の不使用。

5-4. 課題解決のためのケア計画 (医師)

これに対する対応策は、まず一つ目は、食事摂取量の確保を行うために、自律神経症状の対策を行います。早期ダンピングの対策としましては、水分の多い体積の物が腸管に一気に入ってくるのは問題ですので、栄養士と連携して、1回の食べる量を減らして分食にし、食事自体も栄養密度の高いもので、水分があまり多くない物を利用していくということです。また、タンパク質などは、胃酸の出が悪い可能性がありますので、その量も栄養士と相談して決め、少なめで一定の様子を観察していきたいと思います。他には先ほど申し上げたマグネシウム、また高齢者の場合は亜鉛が不足しがちですので、亜鉛が足りなくて食欲が低下していく可能性もありますので、亜鉛の測定も行いたいと思います。

評価については今やった改善策を行い、症状出現の頻度の確認、血液検査のデータの確認をして、それに応じて対応していきたいと思います。

2番目には、誤嚥の対策・予防です。嚥下の評価、反復嚥下唾液テストや改訂水飲みテスト、フードテスト、VE(嚥下内視鏡)などを利用して、この方に適した食形態、あとは姿勢、嚥下の守備。「横向き嚥下」とか、理解できれば「息こらえ嚥下」とか。嚥下の評価の結果に応じて、嚥下守備なども決めて、本人が今残っている機能で食べやすい食事の仕方を提案していきたいと思います。

あとは、肺炎球菌ワクチンを接種してないのであれば接種していきたいと考えます。

評価ですけれども、むせ、肺雑音などの症状や頻度の確認、発熱を、また、炎症反応などでフォローしていきたい

3番目ですけど、顎脱臼の改善と予防です。どういう時にそれが発症するのかを確認し

たい。ボーとする時に起きるのか、普通に食事を、意識がはっきりして食べる時に起きるのか。夜眠る時、あくびをする時に起きるのか。それに応じて見守りする時のタイミングも分かってくると思います。

あとは、これが自律神経障害の症状から来ているのかどうかの相関も確認していきたい。

あと、歯科口腔外科とも連携して、テーピングや弾性包帯やチンキャップなどで対応するのか、場合によっては外科処置が必要なのかについても連携していきたい。

また、リスクの高い身体疾患を発見する。やっぱりこの方は胃切除を行われていますので、貧血や、骨粗しょう症、低栄養でもありますので、褥瘡など、これらの頻度が高いと考えられるのを予め評価し、すぐに発見したいと思います。

評価項目としては、それぞれの血液検査の結果や、聴診などの理学所見。あとは皮膚所見などで評価していきたい。

もし早期ダンピングなどでしたら、腸管に水分を含ませるのはまずいので、カマグを別の腸管刺激したりする別のタイプの便秘薬に変えていきたいと思います。

認知症に関しては、必要があれば認知症の症状を抑えるお薬を投与して、認知症から来る嚥下障害や拒食などの予防としたいと考えます。おくすりに関してはそれぐらいです。

あと、胸やけ症状とか、そういう逆流性食道炎の症状が考えられる場合は、制酸剤。胃の酸を抑えるお薬。

使っていない腸管がある場合は、そこに細菌がたまりやすくなって腸炎などが起きやすい場合もありますので、下痢症状、発熱とか、腹部膨満などはないかどうか。また皆さんに見ていただきたい項目を列挙して観察していただきたいと思います。

介護福祉士：顎関節、顎脱臼については、本人に治し方教えるというのはどうですか？

医師：慣れている方は、自分で治す方も確かにいらっしゃいます。ただ、この方がどうか分かりませんが、そんなこと教えて、またとんでもないことになっても。痛みにより迷走神経発射で失神しても困ります。

6. 協働実践のための具体的提案

医師：以上この方に関して4職種からそれぞれの栄養ケアの方針、追加のアセスメント課題、計画のほうを立てました。

まずは大きなこの方に対する理念として、低栄養の改善と予防を行うアセスメントとしては、それぞれ各職種が出したものを実行していただくこと。解決すべき課題もそれぞれが出したものをやっていただく。

この方低栄養のリスクが高リスクであれば次回はまず2週間後、カンファレンスによりそれまでの間に各職種が評価項目としたのをしっかり見ていただいて、その結果をまた持って来ていただき、それぞれ目標としたものの到達度を出す。到達できなかったものは、その原因もまた考えていただき、なぜできなかったのか、次どうやったら到達できるのかというのを、また考えていただく。それに対してほかの職種のアドバイスが必要であれば、その時にまたアドバイスをいただくということになるかと思います。

まとめますと、カンファレンスの際は、各職種相互に変更・アドバイスを行いながら共

通理念・目標の到達・達成を目指すということですね。

また、このカンファレンスを継続的に開いてみて行くということが大事だと思います。

事例Bの解説 (担当 合田敏尚)

事例Bは摂食・嚥下障害の例です。この方は89歳、要介護度4の女性で、老健施設に新規に入所して3日目です。まず、身体情報から、アルブミン値が2.7 g/dl、BMIが15.3と低く、高リスクの低栄養状態であると判断できます。これだけの高リスクの低栄養状態になるにはそれなりの原因があったということです。入所経緯をみると、この方は誤嚥性肺炎による熱発があって入院していたということです。誤嚥性肺炎を起すような摂食・嚥下障害があって、食事が十分摂れないということが長く起こっていたと推定されます。この方は胃がんの手術を12年前に受けています。胃の3分の2が切除されていますので、1回の食事の量が制限されるという基本的な問題があります。

この方の食事の摂取状況をみると、水分摂取のむせや、食事時の吐き出しがあります。言語聴覚士からの情報としては、食事中や食後にごろごろと雑音が聞かれるなど、明らかな嚥下障害の徴候があります。このような状態であっても、この方はスプーンが使い、自力で摂取できるということなので、本人の意欲さえあれば、対応の仕方によっては食事が問題なく自分で摂れるようになるかもしれません。

「栄養ケアの方針」としては、嚥下困難の状態であるということから、まず安全に摂取できる体の状態であるかを確認する必要があります。発熱が続いているような状態ではいけないですし、舌が動かせるなど、摂食・嚥下の機能的な面の準備ができていないことを確認し、安全を確保することが前提になります。その上で、食べられるものを食べていただき、必要量の摂取をめざすことを栄養ケアの方針とします。従って、確実に摂取できる最初の食事形態を決定することと、そのような食事形態を調整する技術が鍵になります。これは管理栄養士が力を発揮すべきところです。

次に、不足している情報について考えてみます。まず、食事の量をどの程度食べることができるかがわかりません。実際に、どの時間帯にどれだけ食べているかの実態がわかりませんので、食事摂取量の情報を集め、食事状況を観察して食事全体を評価する必要があります。また、この方は水でむせるということなので、水にとろみが必要かを検討することが必要です。介護職からの情報によると、食事中に前屈がみられ、食事時の姿勢は適当とはいえません。姿勢を変えるためには、いすを調整するなどの工夫が可能でしょう。追加のアセスメント項目について、看護師からの提案の中で多かったのは、意識のレベルと認知症の進行度です。すなわち、栄養ケアのためには、その方は意志疎通ができるか、意見、希望を聞くことができるかの判断が必要であり、その情報によって、本人の希望に対応したケアを考えることができるという意見です。本人がどれだけ食べる意欲があるのか、家族がどれだけの思いを持っているのかというようなことも、情報として得るべきと考えられます。服薬の情報の中には、カマの使用があります。カマは酸化マグネシウム製剤で、便秘に対して処方される薬剤です。この薬剤が処方されているということは、それなりの

便秘の症状があったということを示しています。便秘があればそれだけで食欲が落ち、食事の摂取量が減少します。そこで、排便ができているかを確認することも必要です。睡眠はどうかということも看護師の視点です。1日の中でどの時間帯に眠っているか、睡眠は十分に取れているのかという点も食欲に影響を与えます。この方は食事中に放心状態になることや食事に集中できない様子が見られますので、睡眠についての情報も必要でしょう。

「解決すべき課題」としては、一般的なものを一つだけあげました。問題 (P) としては、エネルギーの不十分な摂取があげられます。これには恐らく二つ以上の原因 (E) がありますが、第一の原因として考えるべきなのは、咀嚼・嚥下機能の低下です。咀嚼・嚥下機能を回復させるためには、リハビリテーションなどによる積極的な取り組みが必要ですが、現在の食事をどのようにするかというときには、機能の回復を待つだけの余裕がありませんから、その場で今できること、対応できることは何かという視点で考えることになります。徴候・症状 (S) としては水分摂取のむせがあり、誤嚥性肺炎の既往があります。これらの徴候・症状は、咀嚼・嚥下機能が低下していることによって起こったものです。

エネルギーの不十分な摂取の問題の原因として、もう一つ考慮すべきものがあります。これは、この方が精神的、心理的に不安定になっているかもしれないということです。この方は入所してまだ三日目で、食事に対する拒否があります。この拒否の原因を明らかにする必要があります。むせるから食べたくないのかもしれませんが、誤嚥が怖いから食べられないのかもしれませんが、まだこの施設の食事に慣れていないのかもしれませんが、臨床症状が進んで、ほかの原因があるのかもしれませんが、心理的な不安を解決することも、この方が食事を十分に摂れないという問題に対する適切な対応になる可能性があります。

次に、「課題解決のためにケア計画」を考えていきます。この方は自分で食べられるわけですから、食事が段階的に食べられるようになっていって、食事量があがっていくと、恐らく栄養状態が改善していくことになります。そこで、長期的な目標を、食事摂取量の回復による栄養状態の改善としました。これによって、QOL の面でもさまざまな良い影響があることが見込まれます。短期的な目標としては、安全に食事を摂取することとしました。高リスクの低栄養状態なので、モニタリングの期間を2週間としました。この期間に、管理栄養士は食事の形態を検討し、適切な食事形態で食事を提供します。言語聴覚士は嚥下機能の評価をなんらかの方法で実施し、現在の食事の適合性を確認します。介護職は食べている状況を観察し、食事時の姿勢や座る位置を確認し、必要に応じて調整をします。

食事摂取量が増えたかについては、モニタリングの期間を1か月とするのが適当であると考えられます。管理栄養士は、食事の摂取状況と時間を確認し、必要に応じて補食や間食を検討します。

「協同実践のための具体的な提案」を二つあげます。まず、食事としては、この方は飲み込みにも少し問題がありそうなので、ムース食にしてみます。ムース食で問題がないようであれば、その食事形態のレベルで食事が十分取れることを確認してから、徐々に食事形態のレベルを上げていきます。食事形態のレベルの適合性を評価するためには、言語聴覚士等による嚥下機能評価の支援を受けられるように、栄養ケアチームの体制を整える必要

があります。これによって初めて現実的な食事の継続摂取が可能となるでしょう。徐々に食事の分量をあげていくための最初の食事形態のレベルをどこにするかを、嚥下機能評価の専門職と協議し、決定することが重要です。目標としては、エネルギーが 1,200 キロカロリー程度で、たんぱく質が 50 グラム程度の食事量を想定し、徐々にこれに近づけていくことになります。この方の場合、補食を含めた食事の提供によって、栄養素の補給量をあげることができると考えられます。補食を 1 日のどの時間帯に行うかを、よく検討する必要があります。

栄養ケアチームにおける介護職の役割は非常に大きいと思われまます。食事の見守り・声かけの実施によって、食事の場の問題がかなり解決できるからです。食事が十分に摂れるようにするには、食事に集中できる環境をつくる必要があります。そのために何ができるかを工夫する意識が望まれます。食事摂取時のむせ、吐き出し等がなければ、管理栄養士が形態を調整した食事が、その方に適合していることを意味しており、その情報を管理栄養士にフィードバックすることができます。

以上のように、栄養ケアチームのそれぞれの専門職が連携して、食事が口から十分に摂れるように支援することができれば、この方の栄養状態が回復していくことが期待できます。

事例 C 「認知症の事例」

特別養護老人ホーム天寿園

介護支援専門員	富岡 大高
介護福祉士	高橋 政敏
管理栄養士	永田 美香代

1. 事例の確認

介護支援専門員：事例 C は、男性、78 歳、要介護 3。特養の認知症専門棟に入居されて 3 日目です。在宅では奥さまとご一緒にお住まいでした。1 年前に奥さまが亡くなられ、警察にも保護され、在宅での生活が困難となって入居されました。

既往歴については下のとおりですが、アルツハイマー型認知症と腰椎すべり症等をお持ちです。身体状況と食事摂取状況は、BMI16.6、食事は自立摂取です。服薬はマグラックスとヨクカンサンを飲んでいきます。

この方の介護職からの情報として、まず一つ目に、立ち上がりが多く、食べることに集中できない。そして食事の後半は、食事を混ぜてしまう。はし、スプーン等の使い方がわからなくなることがある。手に持たせれば使用できる。そして食事介助を拒むことが多い。また食事時間以外は徘徊していることが多く、深夜に起きていることが多く、浅い眠りのようです。

ここからは、入居 3 日目という状況の中で、わたくしども施設の職員としてカンファレンスをさせていただき流れにしたいと思えます。

今回は、認知症の事例でもありますので、少し進め方を変更させていただきました。まずは、どのようなものが解決すべき課題であるかということ、そしてその方を知るために、追加のアセスメントはどのようなものが必要かというところを先に挙げさせていただきます。そして、栄養ケアの方針をそれぞれ挙げまして、ケア計画、評価項目、最後に具体的な提案をするという流れで進めさせていただきます。

まずわたくしから、この方は認知症ということもございますので、食事も課題ですが、実際その食事の場面だけにとらわれて見るというのは、方向性を間違ってしまうのではと思いますので、一言申し添えさせていただきます。

この方ご自身について、何が影響しているのか、あるいは、どういった部分をご本人の精神状態に変化を与えているかという部分を確認していかない限り、全体を見られないと思います。

ご本人の立場になって考え、そしてご本人全体の状態を理解したうえで、食事という部分を考えていければと思います。まず管理栄養士から、ご本人について解決すべき課題という部分を挙げていただけますでしょうか。

2. 解決すべき課題

管理栄養士：まず入所3日目ということで、食事の摂取量が3日間の平均で、主食 30%、副食 60%では、問題ではないか、認知症の方に3日間で判断するのはどうなのか、もう少し期間を設けて、アセスメントをするべきではないかと考えました、

解決すべき課題は、食事摂取量の安定としました。本人の食事摂取状況で、食事形態が本人に適した内容であるのか、量は合っているのか、それから、本人の嗜好に合ったものを提供しているのか。それらを考慮していきたいと思います。

BMI が 16.6 ですので、やせ形ですがこの情報だけではわかりません。もともとやせ形だったのか、最近、急激な体重減少があったのか等もわかりません。2つ目の課題は、BMI の増大と言うよりは安定としました。食事摂取は1日3回が適しているのか、分食にした方が良いのか、栄養補助食品を利用したり、好まれる食品で補った方が良いのか等です。

介護福祉士：介護福祉士からは、まず入居されて日が浅いということです。これからさまざまなシーンで観察が必要なのではないか。特に食事中以外の場면을把握すべきです。さらに夜間の睡眠状態、排せつ間隔、身体レベルなど、まず知る必要があると思います。

そして、特に排便状況については、排便コントロールが今後も必要なかということです。排せつの不安定により、腹部の違和感などで落ち着かず、そのことで徘徊を助長していないのかということです。また、なぜ食事を拒むのか、予想される課題は、食事をしたくないのでは。食事を後半混ぜてしまうのはなぜか、嫌いな食事ではないのか。食事前に少しのお酒、好きなものなどを提供できないのか。

また、食事形態がその人にあるのかなど。日中の生活を安定させるためにまず環境を見直す。そこにいる職員も、その利用者にとって、環境という概念を持ち対応方法をアセスメントしてみても、ということです。また入居前までの在宅での生活情報を、家族、地域より収集してみてもどうかという点を課題に挙げております。

介護支援専門員：ありがとうございます。では、ケアマネージャーという立場で、追加でわたくしからも意見を申し添えさせていただきたいと思います。この方は、腰椎すべり症という病気をお持ちであり、腰の痛みがある可能性もあります。つまり、長時間の座位保持がかなり難しい可能性もあり、ご本人が訴えられない、その痛みに関しても、よく見ていく必要があるかと思えます。

そのほかでは、環境の面において、周りの雰囲気をご本人が落ち着けるようなものか。また、食事自体の認識が、ご本人はできているのか。刻み食ですが、本当にその刻み食でいいのかどうかというところです。その点を見ていったらよろしいかと思えます。

そのほかの服薬も、今飲んでらっしゃるお薬は、看護師からもさまざまな副作用で食欲不振につながる可能性として挙げられます。その点もよく見ていったほうがいいのかと思えます。

さらに口腔内のアセスメント等を行いながら、咀嚼状況、また口腔内の痛みも、十分に見ていったほうがよろしいかと思えます。

また徘徊は、ご本人様は入居されてまだ3日目ですので、ご本人の立場からしますと、全く知らない所に連れてこられて、全く知らない人たちに囲まれて、落ち着けというふうに言うのがおかしいのではと思います。落ち着かないのが当たり前だと思いますので、ご本人が、どのような気持ちで今いらっしゃるのかというところを、よく見ていかなければいけないと考えます。

3. 追加のアセスメント

様々な課題を今挙げていただきました。その点も踏まえ、今後追加でアセスメントすべき点など、それぞれ挙げていただければと思います。

管理栄養士：追加すべきアセスメントは、先ほども申しあげました3日間というのは、日数が短く、ご本人のことをよく理解するためには、もう少し期間が必要である点と、家族の情報等も、もう少し必要ではないかと感じました。本人の食事状況の観察をし、なぜ主食が30%なのか、米飯となっていますが、米飯が適しているのか、全粥であれば摂取量が増大するのか、そのアセスメントが必要かと思えます。

また、刻み食は本人に合っているのか、義歯の有無についての情報がありませんでしたので、義歯があるのかないのか、欠損があるのか、その確認が必要ではないかと思えます。また、普通菜は食べられないのか、普通菜で提供した場合、摂取量が増大するのではないか、それも踏まえて考えます。

BMIが16.6というやせ形で、常に、やせ形なのか、急激な体重減少なのかの情報収集が必要かと思えます。3か月前、6か月前の体重を家族に確認します。

好きな食品が、日本酒やお刺し身、お寿司とあり、外食傾向ではないかと思われれます。そこで糖尿病、その他生活習慣病の既往はないのかの確認が必要です。

アルブミン値の測定はなかったか、医療機関からの情報も必要です。

介護福祉士：排便状況は、食事と絡め、水分補給は1日の水分がどれくらい飲んでいるのかのアセスメントも必要だと思います。食欲不振や食べ物に対するこだわりから、固形物は

一切食べないとか、水分は飲まないなど、食べる機能は備わっていても食べないといったこともしばしば起こったり、食べることを拒否したりと、集中力の持続がなかなか困難です。それで徘徊症状について観察して、仮定できることをしっかり把握してはどうかと考えます。

介護支援専門員：ありがとうございます。わたくしからの、追加の部分ですが、ご家族に対してさまざまな情報収集は必要かと思います。食生活やその身体状況なども加え、その生活習慣であったり、職業柄いろいろな習慣があったと思います。この方の場合は鉄道会社にお勤めということでしたので、夜間も交代で勤務なさってた方かもしれません。食事本当に3度の食事なのか、1日4、5回食べられていた可能性もあります。これらの点も、よく聞き取りをしたほうがいいと思いました。

また、ご本人にいろんなお話を伺わなければいけないと思います。系統立てていろいろお話できる状態かはわかりませんが、ご本人が発せられる言葉であったり、しぐさであったり、表情であったり、そういった部分についても、よく読み取って、私たちが考えていかなければいけないであろうと思います。

また最初に若干、申し上げましたが、環境面については、座位姿勢、あるいは机やテーブル、テーブルやいすの高さなどの部分に関しても、ご本人が一番楽な状態で、食べやすい状態での姿勢になっているのか、高すぎないか、や低すぎないかという点についても、よく見たほうがいいかと思います。

さらに夜間の睡眠状態は、職業柄というのもあると思いますが、鉄道会社にいらっしゃったので、概ね夜はそんなに長く休まれることもないかと。浅い眠りの方も多いかと思います。それらも踏まえ、睡眠状態、日中の覚醒状況も見ていたほうがいいかと思います。さらに、スタッフのかかわり方も適切かどうか、不適切な声かけはないか、ご本人の意向に沿わない会話はなにか、いろんな動作の支援についてさりげなく声かけが行われているのかどうかについても、よく見ていくべきだと思います。

4. 栄養ケアの方針

栄養ケアに関する方針についてお聞かせいただけますでしょうか。

管理栄養士：栄養ケアの方針は、まず BMI と食事摂取量の安定という視点から、低栄養予防を想定したケアの方針としました。まず食事摂取量の安定が重要だと考えました。ご本人の食事摂取量を安定するため、安心して食事ができるような食事環境（食器、食事形態、量など）を整え、身体状況を維持していくということをケアの方針としました。

介護福祉士：まず引き続き観察ポイントは、1週間から10日の観察期間を設け、その後再度アセスメントするべきだと考えております。どういうポイントかということ、まず日常生活の中で支障をきたすような症状や行動、意思疎通の困難さが多少あると思いますが、多分誰かがついていけば自立できると思いますが、何ができるのかできないのかという点です。また、本人の楽しみとしては、事例に囲碁とあります。では囲碁の他にどのようなものがあるのか、本人の楽しみとはなんなのか、それらを見つけ出し、日常生活の中で活用しながら、施設内での生活を活性化することです。

介護支援専門員：ありがとうございました。介護福祉士からもありましたように、この方は入居されて3日目ですので、やはり落ち着かない状況でいらっしゃるという前提があるので、時間をかけてよく観察したり、お話を聞いたりということが必要かと思います。1週間あるいは10日と、少し期間を置いて、あらためて検討するよう今後していきたいと考えております。

また、ご本人が食事をする上でも、安心して食べられる状態を作ることも重要ですので、それに対するかかわり方を考えていかなければいけないと思います。

5. 課題解決のためにケア計画

また、それぞれの職種で考えているケア計画、評価項目も含め、教えてください。

管理栄養士：まず食事摂取量の安定という計画を立てました。1週間から10日の期間で食事観察をもう少し詳しく行い、本人にあった食事内容、主食副食の形態で提供する。本人の食事摂取量が増大しない場合は、個別対応で提供する。また本人が自宅で使っていた食器、食べやすい慣れ親しんだ食器、食事時間等、食事環境の調整を行います。

食事摂取量を毎食記録し、その情報を多職種で共有することを、10日間までの計画としました。

3か月後の目標は、主食副食が75%以上の増大と、アルブミン値の安定を計画としました。

3か月目にカンファレンスを行います。

体重コントロールは、BMI16.6から18.5に増大するためには6kg必要です。短い期間に6kg増は難しいと思いますので、体重維持もしくは体重が少しでも増えるような計画をします。それについては間食や栄養補助食品を使うということを考えました。

介護福祉士：介護福祉士からは、まず着席して食事がスムーズにできるようになることを目標としております。今回のケースは、そのために食事環境の整備、人員と物があると思います。①適切なやさしい声かけを職員が必ず行う。②その人の嗜好に応じたものを提供する。③本人が決まった食器、例えば自宅で使用されていた食器などを家族にお話して持参してもらおう。④食事時間の変更や、食事の雰囲気について検討する。⑤食事時は必ずにおい、音などあると思います。そういうことから食欲を刺激するようなことを考えるということです。

また、体重測定を定期的に行い食事摂取量との関係をデータにするということです。嗜好結果に基づいて、カロリーが下がらないような食事なのかどうか、エネルギーが不十分な摂取にならないよう、食事内容の変更、追加等の提案をする。さらに、立ち上がりの回数、その人の表情、発語などをつぶさに記録して様子観察をする。また適切な環境づくりも重要なものだと思います。

介護支援専門員：ありがとうございました。それぞれの視点によるケア目標を掲げて、ケア計画という形でいただいております。わたくしからは、先ほど食器のお話がありましたが、やはりご自分の食事という認識自体が、認知症の方はなかなかできておられません。食事ということ自体もわかっておられないことがあります。ご本人が使い慣れたものを身近に置くということで、食事の認識を持って頂く上で、効果があるのではないかと思います。

す。

また徘徊をされていたり、落ち着きがない状況です。ご本人が落ち着ける状況を作ること、食事に限らず生活全般を考えなければいけないかと思います。生活全般を通じてご本人がどういう気持ちで、徘徊、歩かれるのかどうか、ここにいることが、ご本人は安心できないのはなぜか、あるいは体のどこかが痛いのではないかなど、そういう可能性を踏まえた上で、徘徊という症状を見ていくことが食事にもよい影響を与えるのではないかと考えます。

さらに看護スタッフをはじめ、多職種の方から情報収集を行い、ほかの疾患などがないかどうかという部分も、十分に検討する必要があるかと思います。

今回は1週間から10日という点について、それぞれで確認観察、あるいは情報収集をお願いしたいと思いますので、今後各職種からそれぞれの立場で実践をしていく上で、どのような役割を担っていかれるかどうかという点について、またあらためて、挙げていただければと思います。

6. 協働実践のための具体的提案

管理栄養士：本人の食事の中のBPSDを理解することと、一番近くにいる職種との情報共有が重要となります。実際その食事摂取状況の確認する場合は、管理栄養士と多職種による食事状況の観察で、何に問題があるのか、食品なのか、食事形態なのか、食事環境なのか感じたことを、互いに意見を出し合い、早急に解決することです。

介護福祉士：介護福祉士からは、まず本人が食事をする環境を整えるということです。テーブル、いす、ほかの利用者との関係、職員との距離、本人専用等です。先ほども言いましたけど本人専用の食器で提供するという部分です。また、食事時間を本人のペースにし、1日のカロリーがしっかりとれるような内容にする。もしカロリーが不足する場合は、間食として効果的なエネルギー補充ができる食事を提供する。もちろん管理栄養士と協力して行いたいと思います。

また歯科衛生士と協力して、天寿園では毎日歯科衛生士と一緒に勤務しております。天寿園の職員ではございませんが、毎日勤務しておりますので、①歯科衛生士と協力して、食前食後の口腔体操と口腔ケアを実施する。ご本人がおいしく摂取できるよう口腔作りをするということです。②先ほど提案致しました環境作りには、まず指針として、認知症高齢者への環境支援のための指針がございます。「PEAP日本版3」というのがございますので、これをぜひ活用していければと考えております。

介護支援専門員：ありがとうございました。それでは介護支援専門員としての役割ですが、ご本人やご家族の意向の確認、あるいは生活状況の調査を行いたいと思っております。

またそれぞれの職種の取り組みの状況を随時、確認してまいりたいと思っております。そして、こちらで収集しました情報を、各部署へ提供するとともに、適宜、連絡調整を行っていきます。そして10日後にあらためて再カンファレンスを行うという予定としたいと思っております。

そのほかの看護職員あるいは医師もおりますので連携を図ってしていきたいと思ってい

ます。

事例 C の解説（田中和美）

（１）栄養ケアの方針は、まず着席して食べることができ、食事量を増大することです。その上で嗜好品を自分で摂取できるようにします。この事例 C は徘徊があり、在宅生活の継続が難しい状態で入所されたため、介護や看護は、徘徊に対して転倒を防止し、落ち着いて生活できるようにケアの方針を立てます。管理栄養士は、体重減少の程度は分かりませんが、栄養の面だけでアセスメントをしますと、あまり効果が出ないことがあります。管理栄養士は食事時の BPSD や周辺症状を踏まえた上で、栄養ケアに取り組むことが重要です。栄養ケアの方針である、嗜好品を自力で摂取でき、食事量を増大するためにはきちんと食事時の BPSD を把握することが大切です。

（２）追加のアセスメントは、まず体重減少がどの程度か、若いときからの大まかな体重の推移を娘さんからよく聞いておくことが大切です。次に食事量ですが、食事を残していることに関しては、例えば咀嚼・嚥下の状態をきちんともう一度見ていくことが重要です。それから認知症の周辺症状のある方は、その症状の日内変動が大きいことも多いので、時間帯によって食べ方を把握しておくことも大切です。アルブミンなども把握できればなお良いです。

（３）解決すべき課題について代表的な内容を示しました。問題点はエネルギーの不十分な摂取です。C 氏は立ち上がりが多く、主食の摂取量が少なく、食べることに集中できていません。兆候としては、副食の摂取量より、主食が特に少ないことに注目します。

（４）課題解決のためのケア計画については、食事摂取量を増加するために、声かけや見守りをして、主食の食事形態を変更し、好みの食品を提供するという意見が多くありました。例えば、おにぎりやパン、混ぜご飯等を試したり、握りずし、いなりずしを出してみたり、使い慣れた食器具に変えてみるという意見もありました。他の記述では、落ち着いて食べられる環境を提供する意見もありました。また、食事時の立ち上がり、徘徊の解消は、入所してきたばかりで不安があるため、解消できるように支援する、傾聴する等の意見もありました。

（５）協働実践のための具体的提案としては、看護や介護が、毎食の摂食状況を詳しく記録し、適切に声かけをすることが多く挙げられていました。管理栄養士は食事形態の工夫や時間帯の変更、嗜好品の提供をします。それから看護からの協働実践では、服薬内容を管理栄養士に伝えて協働するという内容もありました。相談員やケアマネージャーは、全職種の調整を含め、家族に差し入れを依頼する等の意見がありました。例えば娘さんに、入所したばかりで不安があるので面会を頻回にさせていただくよう話し、その際にお好きなものを差し入れしてもらおうという意見もありました。OT・ST には、空間認識しやすい食器を提案してもらい、PT は夜の睡眠が十分にとれるよう、昼間に運動のレクリエーション等に参加してもらおうというような記述がありました。

事例D「エンド・オブ・ライフの事例」

医療法人溪仁会定山溪病院

医師	菅原 啓
看護師	今野 民子
管理栄養士	北野 詩歩子
言語聴覚士	石川 春香

医師：定山溪病院は386床の慢性期医療を旨としている病院で、特徴的な取り組みとして、エンド・オブ・ライフ・ケアに対し積極的に取り組んでおります。それでは始めさせていただきます。

1. 事例の確認

医師：事例Dは、91歳、女性、診断名は廃用症候群および嚥下困難。廃用症候群は高齢であることと、この1年間に肺炎により2回入院した影響によると思われる。嚥下困難の発症日は不明。既往歴は14年前、75歳時より、軽度高血圧、糖尿病を発症。ただ、現在降圧剤と糖尿病薬は中止しており、これらの疾患の再評価は必要であると思われる。5年前、86歳時に脳梗塞を発症し、麻痺はないが、こちらも詳細な診察が必要かなとは思いますが。3年前、88歳時より、脳血管性痴呆が認められるようになり、長谷川式簡易知能評価スケールHDS-Rが2点、N式老年者用精神状態尺度NMスケール17点と、乖離があるものの認知がかなり悪いようです。加えて、数回の肺炎を繰り返し2回の入院を経験していることにより、嚥下の評価は急務だと思われる。

ご本人の希望が聞かれないとのことですが、ご家族は点滴等積極的な治療を望まず、本症例では特別養護老人ホームでの看取りを希望されています。できれば経口摂取の継続も希望されていますが、継続が可能であるかどうか、ということですね。

最近の身体状況は、日中の傾眠時間が長くなってきた、元気がない時がある等、高齢が原因と思われることや、食事の飲み込みが悪く口の中に溜めこむことが多くなってきた、食事中のむせがよく見られ、夜間の微熱が見られるなど、誤嚥の存在が強く疑われる症状があり、やはり摂食嚥下評価は急務であろうと思われます。経口摂取量が減り、平均3割程度に減ってきたことと、体重は3ヶ月で2kg、5%減少したことより、なにか違う栄養補給方法を考えたほうが良いのか、ご家族の思いも斟酌しなければなりません。家族構成は、ご本人は元教師、趣味は音楽鑑賞、物事をはっきり言う性格。長男と長女がおり、長女が主たる介護者です。

2. 栄養ケアの方針

看護師：この事例の食に関するケア・プランを立てる前の根拠とすべき情報について述べさせていただきます。まず、食事に対する意欲低下、これは嚥下のメカニズムでいきますと先行期の問題があるのではないかと考えました。また、91歳という年齢から、食事を楽しみとして提供したいと考えます。また、微熱があるということで、誤嚥の可能性があるということ、飲み込みが悪い、口の中に溜めこむなどの情報から、安全な食形態などの改

良が必要かと思えます。さらに餡子やフルーツがお好きであるという嗜好に関する情報もあり、これをおやつなど、または全体のカロリーとして考慮していく必要があるかと思えます。先程主治医からありました、NM スケールが 17 点、また、元教師という情報からは、患者ご本人の自尊心への配慮を大切に考えなくてはいけないことと、長谷川式が 2 点という低い点数ですが、NM スケールは 17 点というところでは、生活能力の可能性を少し引き出していきたいなという点で、自力摂取という視点を挙げたいと思えます。

さらにご家族の情報では、点滴を希望しないという事ですが、おやつを含めてであれば、1 日の必要量はおやつを含めて考えていかなければいけない。また、水分、おやつを含め、摂取カロリーのアップも考えてなくてはならない。食事時間にこだわらない柔軟な対応が必要であろうと思えます。これらの事から、まず看護師としての目標は、1 点目に、食事を楽しみながら安全に食べられるというのを考えました。この目標に対する細かなところで、まず嗜好に合わせた食事の提供をしたい。現在ミキサー食ですが、ミキサー食だと、形や温かさという点においては感じ取りづらいということから、軟菜の提供をして、それに対してトロミ剤などをつけて粘性と固さの調整をしてはどうかと思えます。2 点目に、食事時間以外で午前、午後、寝る前など、おやつの時間を設け、和菓子、フルーツがお好きなので、それらのすり潰しなどを提供したいと思えます。そしてさらに、午後と寝る前のおやつの時間には、栄養補助食品に小豆などを用いて、カロリー補正をしてはどうかと考えました。3 点目は、スプーンや箸を持っていただき、介助者の手を添え、口へ運ぶのを援助し自力で食べることで食事を楽しみ覚醒すると考えました。

大きな 2 点目は、経口で安全に必要なカロリーと水分が摂れるように、まず 1 点目に水分を 1 日 1000c. c. を目標として、ジュース、お茶などのトロミ剤で調整する。2 点目に食事時間は 30 分以内とする。これ以上過ぎますと、疲労して誤嚥の危険性が増します。また、食を楽しめなくなるために、30 分以内と考えます。3 点目は、食事摂取直前にリハを実施、またはお好きな音楽をかけ覚醒を促す。4 点目は、食材にはトロミ剤を用いて粘性と固さの調整をし、むせが強くなるようであれば食材の検討をして、ゼリー菜等の検討も必要です。5 点目は、水分もフルーツ・ジュースなどを提供しカロリーを確保する。6 点目は、定時の食事時間にこだわらず本人の覚醒に合わせて食事介助をする。

大きな 3 点目は、身体機能の向上を併せて考える。1 点目は、血圧の変動を確認しながら日中、午前、午後、各 1 時間ずつから、リクライニングの車椅子に乗車をはじめていき、2 点目は、ご家族面会時はお散歩を実施していただくなど、ご家族のご協力も得たい。

大きな 4 点目は、ご家族ときちんと本心を話し合い、ご家族は施設での看取りを希望していることから、スタッフの意識の統一も必要ですので、細かなお話し合いが必要であると思えます。

言語聴覚士：まず大きな問題点として、摂食嚥下障害があります。あとは、認知面の低下、廃用症候群による両下肢筋力の低下、全身耐久性の低下が考えられます。今後、詳細な評価が必要と考えますが、その内容は、まず食事をする際に基本となる姿勢について評価が必要です。四肢、上肢や下肢ですね、手足、体幹、首、頸部の姿勢の筋緊張、可動域、ど

れぐらい動くかというところ、あと耐久性ですね。体力の面など、身体機能面の評価を行いたいと思います。また、脳血管性認知症の診断もありますので、認知機能の評価をしていきます。長谷川式で2点という点から、簡単な事故情報や意思表示は可能と思います。食事場面では、さらに食物の認知ですとか、注意力、指示の理解、また、それに従うことができるかということも重要なポイントとなりますので、今後の関わりの中で評価していきたいと思います。こういったことはやはり、長谷川式等の決められた評価表では拾いきれない部分がありますので、普段のお話の中ですとか、患者様、ご利用者様の行動という点から判断が必要です。

摂食系の評価では、まず呼吸発生機能と口腔機能を診ていきます。口の中で溜めこむこともあるようですので、認知面の問題と併せて、口腔機能に問題がないか、下顎、アゴですね、口唇、あと舌の筋力、あと運動の範囲、動かすスピード、あと口腔内の感覚というのも大事なので評価をしていきます。次に嚥下のスクリーニング検査を行います。認知面の低下がありますと、指示が入らず、反復唾液飲みテストといったスクリーニングはなかなか指示通りにやっただけで、飲み込んでくださってと言ってもなかなか飲み込めなかったり、ゴクンしてくださいと言うと、ゴクンと口で言ってしまうという方が多いので、なかなかそういう検査ができない場合は、実際にお水を使った、改訂水飲みテストや、プリンを使ったフードテスト、それと併せて頸部聴診法を組み合わせ評価します。肺炎の既往もありますので、嚥下反射の惹起や、喉頭の挙上、咳反射なども問題があるかと考えます。また、嚥下反射の促通手技が有効かどうか、咳の強さも診ていきます。また、現在経口でお食事をされていますので、実際の食事場面の評価も重要です。食事の評価は一度では、調子や気分の良し悪しがありますので、数回にわたって食事観察が必要と考えます。併せて病棟のスタッフとの情報交換が重要となります。現在召し上がっている食事形態は適しているのかどうか、水分のトロミはどうか、食事の一口量ですとか食べるペース、かかる時間など、総合的に評価をして、患者様に合った食事条件というのを検討していきたいと思います。

以上の評価、検討を進めるとともに、当面のリハの目標としましては、口腔嚥下機能が向上し、安全に経口摂取ができること、筋力の向上、全身耐久性の向上により安全、安楽に車椅子乗車でき、意匠を図ること、精神機能面の復活により自発的にできる活動が増えるということを目指したいと考えます。これらすべてが直接的、間接的に食事にも影響があると考えます。そのためにSTでは評価を進めながら、口腔、顔面のマッサージ、喉のアイス・マッサージによる嚥下の誘発、あと適応があるかどうかによりますけれども、評価をしてみて、適応があればメンデルゾーン手技ですとか嚥下反射の促通手技など、基礎的な嚥下訓練と併せて、ご本人の好きな飴を用いて認知を促し、舌の運動を促していきたいと思います。

この方は指示が入りにくいことが予想されますので、ご本人にわかりやすい活動、飴を舐める、何かを食べる、何かを噛むといったわかりやすい活動を通じて嚥下機能に働きかけていきたいと思います。また、呼吸機能の状態によっては、必要に応じ呼吸リハも実施し

ていきたいと思えます。患者様は音楽が好きということでしたので、一緒に歌を歌うことで発声を促し、呼吸や喉頭機能にも働きかけていけるかと考えます。また、元教師ということで、関連課題や、食べるもの等もご自身で選んでいただき、時にはこちらも教えていただくという姿勢で関わるのも、認知面の復活には効果があるかと思えます。

食事の前ですけれども、肺炎の既往もありますので、お口の中の状態によっては食前に口腔ケアを実施し、誤嚥した際の肺炎につながるリスクを軽減していくことが必要と考えます。食事前にリハを行い覚醒をあげ、食事姿勢を整えた上で口腔ケアをして、食べる準備を促したいと考えます。実際にお食事場面では、介助の際に声をかけ、食物に注意を向けていただくということが大事だと思います。そうすることで食物の認知を促し、飲み込みを確認しながら体力に合わせた時間内で食事をしていただければと思います。

看護師から情報（事例のプロフィール）では、時間がかかりすぎてしまうと疲労により飲み込みが困難になってしまうことがあります。食べるのが楽しいことだと感じられるよう、時間の設定も大事だと思います。また、トロミの固さやつけ方は、状態に合わせて評価が必要です。年齢のことも考え、今後状態の変化、悪くなっていくということも考えられますので、その時々に合わせてトロミのつけ方、固さを評価していきたいと思えます。評価の際は必ず病棟スタッフ、その他関連部署と情報共有をしていきたいと思えます。

食事形態についても、現在ミキサー食ですが、食材によっては粘度が弱く一定ではないため、逆にむせやすいと考えます。また見た目にも、認知低下のある方には食事として認知されにくいいため、見た目や香り、食感など、看護師、管理栄養士とも検討していきたいと考えています。不足分の栄養については病棟と同じ意見で、高カロリーゼリーなどの補助栄養を併用するのが良いかと思えます。

今後、年齢を考慮しましても、徐々にお食事は困難になっていくことが予想されます。嚥下ですとか全身状態の変化は、すぐに医師、看護師に報告し指示をいただきたいと思えます。リハとしましても患者様ご家族がどのような最期を迎えたいのか、情報共有し、最期までおいしいと思える、食べるということが生きる楽しみにつながるというように考え、おいしいと思えるものや量を無理なく安全に召し上がっていただけるよう、思いに寄り添っていききたいと考えています。以上です。

管理栄養士：食事は療養食の必要がないとのことで、現在は一般食、主食は粥ミキサー、副食はミキサー菜で、1,100kcal、タンパク質 40g を提供しています。嚥食状況は主食、副食ともに3割程度ですので、実際はエネルギー量 330kcal、タンパク質 12g を摂取されています。最近2週間で食事摂取量が減少したということですので、嚥下困難という情報もありますが、なぜ摂取量が減少したのかをもう少し詳しくアセスメントできればと思います。食事の摂取方法は、リクライニング車椅子にて全介助で摂取されています。飲み込みが悪く口の中で溜めこむことが多くなってきた様子です。食事時のむせも見られ、トロミが必要な場合も見られます。

今のところご本人様から食事に対する希望は聞かれておりません。餡子などの和菓子や果物などが好きという情報を得ております。体重は 36.5kg、BMI18.6 と標準の範囲内では

ありますが、ここ3ヶ月で2kg、体重減少5%あり、栄養状態に関するデータはなし。可能であれば採血の結果も確認したいと思います。管理栄養士としての目標を三つ掲げてみました。一つ目は、必要量が経口から摂取できること。二つ目は、体重が減少しないこととし、体重は減少前の38.5kgを目標にしたいと思います。三つ目は、食べることが楽しみの一つとして感じられることを挙げました。

今後の方向性ですが、看護師やSTの嚥下に関する評価に基づき、ご本人様に合った適切な食事形態を決定したいと思います。先程看護師からもありましたが、見た目配慮し、少しでも形のある軟菜のような形体へ、嚥下機能の状態によってはゼリー状の形体を考えております。また、食事の摂取量が減ることにより水分の摂取量も減ってしまいますので、今現在どの程度水分が摂れているのかを確認し、水分量と水分の形体、トロミ状にするのかゼリーにするなど、必要量が無理なく摂れるように配慮したいと思います。覚醒の良い時間に合わせた食事、おやつなどを提供することで、少しでも喫食量のアップにつながればと思います。例えば、水分も栄養素量も両方が摂れるように、ご本人様の嗜好に合った栄養補助食品を選択し、これによりある程度の必要な栄養素量が確保できれば、食事は無理なく楽しみながら召し上がっていただくことも可能になっていくかと思われま。こちらで提供が可能であれば、好みの和菓子や果物など、嗜好を採り入れたメニュー作りを行うことや、ご家族からの協力を得て持参いただくという方法もあるかと思。この時には、食べやすい形体の和菓子の種類、練り切りや水羊羹や、果物の種類を提案していきたいと思。い。

具体的提案としては、食事は楽しみを重点に置き、食事形態を適切な形へ変更、栄養素量は現在の摂取量が摂れば良いと考え、全体のボリュームを減らしたいと思。そして、栄養補助食品などを活用し、これにより700kcal、タンパク質24g、水分300ml程度を2回に分け摂取していただきます。おやつとして和菓子や果物を組み合わせ、160kcal程度とします。食事の時に水分補給のためのトロミやゼリーを200ml付加することで、必要量はほぼ充足できるというふうを考えます。食事を変更してからは、食事摂取状況を確認し、病棟から情報を得たりして、食事が食べられるようであれば食事量の割合を増やし、栄養補助食品の摂取状況に合わせて栄養補助食品の種類や形体の見直しを行っていただ。い。今後のこととして確認しておきたいことは、経口から必要量が確保しにくくな。った際、経口以外の栄養補給ルートをどうするのかを確認していただ。い。以上です。

3. 解決すべき課題

医師：今ここでの発表は、なんとか経口を継続させたいということで、いろんな工夫や提案がありました。このワークショップが栄養ということで色々と発表してもらいましたが、摂食嚥下困難症例に対する答えと同じような答えになってしまったかもしれませんので、どこが「エンド・オブ・ライフの事例」なのかと言うと、管理栄養士からお話がありました、経口から必要量が確保しにくくなった際という、この点ですね。ご家族が経口摂取以上のこと、積極的な治療を望まないという大前提があり、それに沿うような形で我々はい

ろいろ苦勞した発表をしています。いわゆる実用レベル、経口からのレベルが実用レベルじゃないと、口からカロリーで自分の体を養えないというような場合はどうするのか。現場では実際にそういうことは数多く経験されることですが、今野さん（看護師）の病棟でありましたよね。

4. 課題解決のためのケア計画

看護師：まず、終末期として考えていく時にはご家族、一番は本人の意向だと思います。今ここで挙げられたのは、ご本人の意向が聞き取れない、長谷川式も2点というところでは、ご家族と本当に患者様の身になって話し合いを続けていくしかないですね。ですから、場面場面で、今この現在の状況では経口摂取でなんとか頑張れるのではないかとさせていただきました。ここからまた進んできた時、またはこの段階で、このようなチームでやっていきますよということも、ご家族と全て面談していくしかないと思います。情報を共有して目標もご家族とともに考えていくしかないのかなと思っています。

医師：その通りですが、ご家族がたまたま、いろんなことをご存じなく、我々が色々な情報を提供した場合に、「あ、そんな部分もあるんですか」とか、それから情報はあっても患者様自身にこれ、すごい負担になるのではないかと、痛い思いをするのではないかと、だからそれ以上しないでくれということも多々あるんですよ。だから、情報を提供するという事は非常に大事で、我々も、医療から、福祉の看護師の立場にたつて、いろいろ情報は提供していきますが、その情報をちゃんと伝えてあげれば、我々が栄養で苦勞してる間に少しずつ考え方が変わってくる可能性がありますので、そういった努力は同時進行でやっていったほうがいいかなと思っています。リハビリテーションから何かありますか。

言語聴覚士：私はSTですので、やはり食べるということに関して、最期の最期まで関わる経験があります。患者様は終末期の方で本当に食べることが難しく、VFも行って、完全に誤嚥をしている、完全に経口摂取で栄養を摂ることは難しいということを経験して、ご家族も「そうですか」ということでも、患者様ご自身はやっぱり最期まで、死んでもいいから食べたいというそういう強い思いで、最期の最期まで食べるということに、本当に生き甲斐や楽しみを感じている患者さん、すごく多いなと思います。

そういう方にどうやって、リハとして病院スタッフとして関わるかという、すごく毎回悩みながら関わっていますが、基本的には、主治医、看護師、医療福祉などの職種が、患者様とご家族様の意思を確認して、こちらから提供できる情報をどんどんどんん惜しみなく提供して、それも患者さんにわかるような言葉で提供していくことで、思いを共有したりですとか、患者様ご家族様の思いを実現できるようなところに一緒に歩み寄っていくというか、そういうことがすごく重要になってくるかなと思います。リハの立場としましても、体力的な面ですとか、嚥下機能のほうでも姿勢を工夫したりですとか食形態、あと、どうしても誤嚥してしまう方でしたら、食べることを優先するという場合も今までもあったんですが、必ず食前に口腔ケアをして少しでもリスクを下げること、常に搾取のできるような状態を作り、少しでもむせたり、嘔吐の処理がある時はすぐ搾取もするというような形で、食べていた場合もあります。やっぱり苦しい思いはするけれども、すごく印象的

だったのが、本当に最期の最期まで、本当に何も飲めずに食べられないような方が、カップラーメンをどうしても食べたいという方がいまして、カップラーメンにトロミをつけて少しでも食べれるような形にして、家族ですとか病棟スタッフみんなで食べたっていうことが思い出にありまして、患者さんもすごく喜んでいました。

それで誤嚥して熱が出てしまったということがやっぱり可能性としてはありますが、その前に患者様ご家族様のご意向とこちらの考え方を情報共有して、同じ方針で関わっていたということで、熱が出たから何をやっているんだというような問題になったりですとか、こちらと患者様の考えがすれ違ったりですとかぶつかり合ったりってことはなく、同じケアというか同じような思いで関わることができたかなということがありました。ですので、最期の最期まで食べるということを支援することは、すごく大事だなとは思いますが、それぞれが勝手な思いでやっていると患者様がクリアではないと思うので、やっぱり専門職としては必要な情報を提供して歩み寄ることが大事かなと私は感じています。

医師：北野さん（管理栄養士）、付け加えることはありますか。

管理栄養士：やはりなかなか最期まで食べるというのは、ST からもありましたが、ターミナル期を実際に迎えられた患者様のほとんどは経口摂取ができなくなった状態というところも圧倒的に多くあります。で、私たち管理栄養士も、ターミナル期に管理栄養士としてどう関わっていけば良いのかというのは、本当に日々悩みながら行っております。経管栄養や輸液のほうの管理になりましても、栄養状態が下がるとどうしても浮腫が出てきてしまったり、褥瘡ができやすくなるというリスクも高くなってしまいますので、ターミナル期を迎えられても栄養状態の維持ですとか、ご家族様の希望やご本人様の希望があれば、できるだけすぐに対応していきたいなと思っております。

5. 協働実践のための具体的提案

医師：どうもありがとうございました。リハスタッフもそうですが、管理栄養士も病棟担当でして、患者様がそろそろ危なくなりましたという際には、ベッドサイドに来て患者様やご家族への声かけを継続しています。我々のところは、たいてい食べられなくて誤嚥があるようなときはVFをします。確かに誤嚥しており、そういう方は自分の唾液でも誤嚥するので絶えず微熱を出しているのです、こういう方に経口摂取はいかがなものかと思いますが、ご本人様の思いとご家族様の思いがあり、先程、言語聴覚士も言っていました、要は誤嚥覚悟で、仕方ないから食べてくださいと、確実に誤嚥します、熱も出しますよということで、食べていただく例を、数例経験しています。さらには、食べさせないでくださいと言っても、ご家族の方が来た時に、どういうわけか帰ったあとゼコゼコするんですよ。ご家族の方が自分の思いが強くて、患者様になにかしら食べさせたり飲ませたりっていうことが実際の現場ではあります。だから、そういうことはあってもこちらですぐ対応できるようにしております。また、ご家族が帰られたあと、我々はそれなりの対応をするというのが我々の仕事だなと思いますけど。このテーマに沿った答えになっているかわかりませんが、一応時間ですのでまとめたいと思います。この事例の「共同実践のための具体的提案」という点でまとめさせていただきます。ご家族の希望は点滴等の積極的な治療

は望まないとのことだが、経口摂取が困難となった場合や、必要量の確保ができない場合に経管栄養、胃瘻造設ですよね、や輸液に関する情報をご家族へ説明し、今後の方針を決定していく。また、施設での看取りを希望されているが、看取りの場所についても話し合いを行っていきつつということで、この中でお話し合えるようなことをまとめさせていただきました。

事例Dの解説（梶井文子）

事例Dの特徴は、現在、91歳であり、元音楽の先生で、元々は物事ははっきりという性格だったが、今は特に本人の希望の言葉は聞かれず、意志疎通になってきており、最近、この1年間数回の肺炎を繰り返しつつ医療機関へ2回入院されています。脳梗塞を86歳のときに起こされ、88歳から認知症等もみられるようになってきています。

家族は、長男、長女が主介護者です。日中の傾眠時間が非常に長くなってきて、元気がないときも時々あって、食事の飲み込みも悪くなり、口の中で溜め込むことも多くなっています。経口摂取量は、平均3割程度になってきています。

ご家族は高齢のため、点滴等積極的な治療は望まないで、特別養護老人ホームで看取りを希望されています。穏やかな最後を迎えさせたいということで、ご家族の意志は一致しているという状況であり、嗜好はアンコなどの和菓子や果物などが好きで、嫌いなものは特にないというようなことです。主食は粥のミキサー、とろみが必要な場合もあり、全介助を必要としている状況です。

この事例から何を読みとる必要があるのかを含めて解説をさせていただきます。

1番目の事例の栄養ケアの方針は、方針としては、苦痛なく安楽な栄養ケアを提供する。それから本人や家族の希望を最大限尊重する。ご家族が一致しているというところがあるが、それまでの本人の生き方を尊重し、嗜好を適切に取り入れ、柔軟な対応をチームで考えていただければということです。

「苦痛なく」というところがポイントです。安全にということが、非常に大事になってきます。誤嚥がある事例ですので、やはり安全性が大前提にあることが重要です。同時に安楽ということも考えていただきたいと思います。安楽という意味は広い概念があり、その人の環境的な側面も含めること、食事を摂取する場面の状況であること、食事時の体位のこともあるといったさまざまな状況を含めた栄養ケアの具体的な内容を提供するということが考えられます。

次に、ご本人や家族の希望を最大限に尊重すること。この事例では、既に現時点で、ご本人の希望が明確に出ています。ただしこれはこれまでの状況ですので、もしかしたら気持ちも変わるかもしれません。今後、ご本人やご家族の希望が変わることもあるかもしれないことを考えて、こちらが全部プラスのこと、マイナスのことの両方の情報提供をしていく必要性があります。できるだけ本人や家族の希望を引き出すことが重要です。その方の性格、これまでの本人の生き方をふりかえり、ご本人が望む生き方を取り入れていくことが重要です。また、これまでのご本人の生き方や嗜好を踏まえた上で、適切にこれらを

取り入れたケアをしていくことが大事です。柔軟な対応ができるチームづくりをしていくことが方針にあります。

提出いただきました内容から気づいた点は、1番目のケア方針のところでは、多くの方は終末期の安全、安楽の栄養ケアという内容を書いていました。やはり合併症（褥瘡や誤嚥性肺炎など）を起さないようにすることも大切です。経管栄養をすすめるかどうかの検討を考えるとという意見もありました。この方に経管栄養をすすめるべきか、本人・家族が望んでいるのかなどを慎重に判断してほしいと思います。多くの方は、こちらが意図しているところを理解していただいているように思いました。

2番目の追加のアセスメントのところは、現在の身体状況をもう一度確認していただき、どのくらい食べることへの機能が使えるのかを確認することです。現在も本人は難しいかもしれませんが、家族の希望。現在30%しか食べられないということがあるわけですから、今後の必要栄養量をどのくらいに考えていくのかを検討していく必要があります。摂食・嚥下機能評価、今後の適切な栄養摂取形態と内容、望ましい食事環境というのがポイントになると思います。

皆様の提出された内容では、非常に多くの内容があげられていました。ニーズの把握、必要な栄養量の把握なども挙げられていました。一部の検査値に偏っている場合もありました。今、検査値が病院と同じように必要かという点はぜひ考えてほしいと思います。特別養護老人ホームは生活の場であるので、医療の場である病院とは異なり、一般的には施設で採血することは難しいです。また採血結果をその後どのように生かしていくのかということも考えた上に、必要であればとるとということが求められるでしょう。

3番目の解決すべき課題とケア計画は、解決すべき課題1～3ありまして、食欲低下、嚥下困難による経口摂取量が減少している。傾眠傾向があり、食事摂取量が進まないときがある。今後の経過に伴い、家族に不安を生じる可能性がある。家族が食べないというようなことなど、あるいは自然な状況でいろいろな機能が低下していくという状態をどう認識していくのかということところです。不安に対しての対応ということがあるのではないかとことです。安全な食形態で、必要な栄養量を確保するというだけでなく、形態、ムース食などに変更することや、食事の体位も大切であること、体調の変化ということや嗜好を重視して、安全な食環境で食事をしていただけるようにできればということです。

例えば無理に食べさせないでいただきたい。音楽等、心地よい環境を提供し、気分転換を図っていただければと思います。家族への丁寧な説明をすることも大切です。不安や希望等を聞き、家族が納得できるように、丁寧に説明していくことが求められます。

安全な食形態に具体的に関わる職種は、管理栄養士や言語聴覚士であると思います。毎日接している看護師や介護職は、体調面の変化を感受性よく把握しながら、その変動の中で適応できるケアプランを立てていくことであると思います。無理に食べさせない、例えば好きな音楽をかけるなどをして、覚醒を促して、しっかり起きられるようなことができる機会があれば提供することにも配慮が必要でしょう。ご家族さまへ、これからの栄養量や食事のあり方をご家族さまにきちっと納得し理解してもらうために、施設側から今でき

内容を話していくことは、メリットとデメリットの両面を話し、最終的にご家族がご本人のことを考えて決定していただくことになります。このときの職種は、相談員や看護師が担当するでしょう。

4の協働のための具体的な提案としては、カンファレンスやその申し送りから職種間で情報交換を密に行い、食事場면을細やかに観察することを重視してほしいということです。小まめに、本人、家族のニーズに対応することが必要になります。家族もいろいろ不安を抱えていますから、いろいろ変化もあると思いますので、そのニーズにタイムリーに対応していくことが求められます。

提出された内容から、皆さんが現場で協働されている状況が非常に伝わってくる内容が示されていました。日々、実際の摂取場면을観察する、お互いに情報を共有する、コミュニケーションをよくとる、カンファレンスに参加する。このような細かい、具体的な内容が挙がっていました。

宿題や討議の内容を振り返りますと、エンド・オブ・ライフの事例で配慮すべきポイントが大体ご理解できているように思いました。この事例は、1職種だけの力では難しいものです。多職種がタイムリーに柔軟に対象者や家族の心身のニーズに適切に対応していくことが求められています。今後もどうぞ力を合わせて栄養ケア・マネジメントをすすめていただきたいと思います。

資 料

指導者研修参加登録者各位

高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム指導者研修における自己評価に関する研究 ～協力のご依頼～

平成 22 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分) 高齢者の食べることを支援する効果的な栄養・食事サービスの確保等に関する調査研究

(委員長 井形昭弘 名古屋学芸大学学長)

この度は、標記指導者研修会の開催にご賛同頂き、ご参加頂けますことを心より感謝申し上げます。

本研究においては、参加者登録者各位に研修成果の自己評価のためのアンケート調査にご協力をお願いし、以下の事項を検討したいと存じておりますので、ご多用中恐縮とは存じますが、是非ともご協力のことお願い申し上げます。

- 1) 施設種、職種別、栄養ケアチーム体制の有無別に高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの実践的能力の現状ならびに今後の課題を明らかにする。
- 2) 指導者研修の評価基準項目の変化から縦断的に当該研修プログラムの有効性を明らかにする。
- 3) 指導者研修プログラムの改善や強化すべき事項を明らかにすることによって、平成 23 年度に高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームを育成するための研修プログラム、評価基準、情報・評価システム等の平成 23 年以降の基盤整備を行うことに寄与する。

なお、ご協力いただくにあたって以下の倫理的配慮に関する注意をお読みください。

- 1) 自己評価アンケートに回答するかどうかは、各位のご自由な意思に任されています。
- 2) 自己評価アンケート調査(添付 PDF ファイル参照のこと)は、ホームページ(<http://www.uda-lab.com/>)のサーバー上にありますので、お送りした登録番号を入力すると、あなたのアンケート用の ID 番号が配信されますので、この ID 番号で入力してください。
- 3) ID 番号は、連結不可能匿名化し研修開始前、研修実施後、実習終了後の 3 回の成果を継続的に分析するためのもので、個人情報とは一切連結していません。
- 4) 1 回の回答時間は、10 分～20 分程度ですが、次のように 3 回、いずれもホームページ上の調査票に回答してください。

初回；登録から研修まで

2回目、研修終了後から実習開始前までに

3回目を、実習終了後1週間以内

ID番号は、初回、2回目、3回目に同じ番号を使用してください。フェースシートには変更がなければ初回のみ回答してください。

5) 回答の途中で中止しても、また、初回を回答してその後中止しても、そのための不利益を被ることは一切ありません。

6) ID番号をお知らせした事務局からのメールは送付後削除されますので、ID番号は個人情報と連結することができません。

このようにして連結不可能匿名化されたデータベースは、広島国際大学教授宇田淳教授室にお集計として集計され、5年間厳重保管され、その後粉碎処分されます。

7) 研究結果は、今後の介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの質の向上と適正な評価に役立てるために、統計処理された成果として報告書（学会ホームページへの掲載も含めて）及び学会、研究会などで発表されます。

問い合わせ先： 一般社団法人 日本健康・栄養システム学会 ncm@j-ncm.com

TEL・FAX 046-828-2663

（お問い合わせは必ずメールでお願いいたします。研究班委員がご回答申し上げます。）

平成22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分）

高齢者の食べることを支援する効果的な栄養・食事サービスの確保等に関する調査研究班
委員長 井形昭弘（名古屋学芸大学学長）

研修事業調査評価小委員会委員長 野地有子（千葉大学大学院看護学研究科教授）

情報システム小委員会委員長 宇田 淳（広島国際大学教授）

統括管理担当 小山秀夫（兵庫県立大学大学院教授）

研修プログラム作成小委員会委員長 杉山みち子（神奈川県立保健福祉大学教授）

初期プログラム班長 星野和子（医療法人溪仁会 溪仁会グループ統括本部室 室長）

高齢者臨床栄養プログラム班長 加藤昌彦（椋山女子大学教授）

摂食・嚥下障害に関するプログラ班長 合田敏尚（静岡県立大学教授）

認知症班長 田中和美（特別養護老人ホーム科長）

エンド・オブ・ライフ班長 梶井文子（聖路加看護大学准教授）

日本健康・栄養システム学会

高齢者の食べることを支援する効果的な栄養・食事サービスの確保等に関する調査研究に関するアンケート
委員長：井形昭弘（名古屋学芸大学学長）

あなた自身についてお尋ねします。(1/3)

1. 研修会場を選択してください。

選択してください。

2. あなたの職種を選択してください。

- 医師 歯科医師 薬剤師 看護師 管理栄養士 作業療法士 理学療法士 言語聴覚士
 歯科衛生士 介護支援専門員 社会福祉士 介護職 その他

3. 年齢を選択してください。

選択してください。

4. 性別を選択してください。

- 男 女

5. 医療・介護サービスにおいて高齢者ケアに携わっている実務年数は何年ですか？

年

6. あなたは管理職に就いていますか？（看護師長、係長、課長などの役職）

- 無 有

7. これまでに臨床栄養、栄養ケア、栄養ケア・マネジメント、あるいは栄養サポートチームなどの研修を受けたことがありますか？

- 無 有

8. あなたの施設に食事支援や栄養ケア・マネジメントをチームで行う体制はありますか？

- 無 有

確認

リセット

Copyright(c) 2010 ncm. All rights reserved.

日本健康・栄養システム学会

高齢者の食べることを支援する効果的な栄養・食事サービスの確保等に関する調査研究に関するアンケート
委員長：井形昭弘（名古屋学芸大学学長）

施設概要についてお尋ねします。(1/3)

1. あなたの所属施設と定員数をお答えください。兼任している場合は主たる所属施設と定員数をお答えください。

介護老人福祉施設 介護老人保健施設 医療療養病床 介護療養病床 その他

定員数： 名

2. あなたの所属施設の法人の種類で該当するものをお答えください。

兼任している場合は主たる所属施設の法人の種類をお答えください。

医療法人 社会福祉法人 その他

3. 加算の取得状況の有無についてお答えください。

該当するものにチェックしてください。

栄養マネジメント加算

有 無 不明

経口移行加算

有 無 不明

経口維持加算I

有 無 不明

経口維持加算II

有 無 不明

看とり加算

有 無 不明

確 認

リセット

Copyright(c) 2010 ncm. All rights reserved.

日本健康・栄養システム学会

高齢者の食べることを支援する効果的な栄養・食事サービスの確保等に関する調査研究に関するアンケート
委員長：井形昭弘（名古屋学芸大学学長）

アンケートにお答えください。(1回目/全3回中)

1. あなたの現在の状況に最も近いものにチェックしてください。
なお、説明する場合には配布した資料を活用しても結構です。

	よ く で き る	で き る	あ ま り で き な い	で き な い
1 あなたは、職員や研修生に「食べることを通じて、高齢者の1人1人の自己実現をめざすことの大切さを説明できますか？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 あなたは、職員や研修生に高齢者本人や家族の「食べること」に対する意志、嗜好、習慣を尊重することの大切さを説明できますか？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 あなたは、職員や研修生に、栄養ケア・マネジメントの意義と概要を説明できますか？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 あなたは、職員や研修生に、「食べることを支援する栄養ケアチームの必要性を説明できますか？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 あなたは、胃ろうや経管栄養の決定に際し、功罪を自信をもって説明できますか？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 あなたは、職員や研修生に栄養ケアチームに、あなたの専門職が関わることの意義や関わり方について説明できますか？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 あなたは、職員や研修生に高齢者の低栄養状態やその把握方法（栄養スクリーニング）について説明ができますか？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 あなたは、職員や研修生に高齢者に対する経腸栄養法についての概要が説明できますか？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 あなたは、職員や研修生に高齢者に対する「口から食べること」（経口栄養法）の意義について説明できますか？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 あなたは、職員や研修生に高齢者の栄養ケアに活用できる病者用食品（総合栄養食品）、嚥下困難者用食品について説明ができますか？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 あなたは、職員や研修生に摂食・嚥下障害を有する高齢者のアセスメントから問題を把握し、自身の専門性を生かしたケア計画について説明ができますか？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 あなたは、職員や研修生に認知症の食事のBPSDのアセスメントから問題を把握し、自身の専門性を生かしたケア計画について説明ができますか？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 あなたは、職員や研修生に対してエンド・オブ・ライフにある高齢者に対しては、低栄養状態の改善よりもチームで最後まで少しでも食べることを支援することの大切さを説明できますか？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 あなたは、栄養ケアチームの一員としてカンファレンスや担当者会議に参加して、自身の専門性を生かした発言をしていますか？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 あなたは、栄養ケアチームの一員として、他の専門職に食べることを支援や栄養ケアに有益な情報や助言を提供していますか？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 あなたは、栄養ケア・マネジメント体制に関する改善すべき課題について、チームで継続的な品質改善活動に努めていくことの大切さを説明できますか？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

あなたは栄養ケアチームに関わりたいと思いますか？

- 大に関わりたい 関わりたい あまり関わりたくない 関わりたくない

あなたは職員、研修生、他施設の職員の指導・研修を今後担いたいと思いますか？

- 大に関わりたい 関わりたい あまり関わりたくない 関わりたくない

日本健康・栄養システム学会に対するご意見・ご感想をお聞かせください。

確 認

リセット

Copyright(c) 2010 ncm. All rights reserved.

高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム指導者研修 自己評価アンケート

研修会場 福岡 静岡 札幌 東京

ID 番号: _____

事前アンケートがお済みでない方は、下記アドレスにアクセスし、アンケートにお答えください。

アドレス：<http://www.udalab.com/ncm/Enquete/admin/login.php>

インターネット環境がない方は、全 3 回（大会前・大会直後・大会一ヶ月後）のアンケートにお答えいただき、事務局に送付を願います。

大会前

記入者の職種（いずれかに○印）

- a. 医師、b. 歯科医師、c. 薬剤師、d. 看護師、e. 管理栄養士、f. 作業療法士、g. 理学療法士、
- h. 言語聴覚士、i. 歯科衛生士、j. 介護支援専門員、k. 社会福祉士、l. 介護職、
- m. その他

I. 施設概要についてご記入ください（初回のみお答えください）。

1. あなたの所属施設（専任の）と定員数をご記入ください。

- | | | | |
|---------------|----|---------------|----|
| ①介護老人福祉施設（定員数 | 名） | ②介護老人保健施設（定員数 | 名） |
| ③医療療養病床（定員数 | 名） | ④介護療養病床（定員数 | 名） |
| ⑤その他 | | | |

2. あなたの所属施設（兼任している場合は主たる所属施設）法人の種類で該当するものの番号に○印をつけてください。

- | | | |
|-------|---------|------|
| ①医療法人 | ②社会福祉法人 | ③その他 |
|-------|---------|------|

3. 貴施設（兼任している場合は主たる所属施設）の平成 22 年 10 月時点の平均要介護度をご記入ください（介護保険施設のみ）。

平均要介護度（ ）

4. 下記の加算の取得状況の有無について該当するものに○印をつけてください。

- | | | | |
|---------------|------|------|--------|
| ①栄養マネジメント加算 | [a.有 | ・b.無 | ・c.不明] |
| ②経口移行加算 | [a.有 | ・b.無 | ・c.不明] |
| ③経口維持加算Ⅰ | [a.有 | ・b.無 | ・c.不明] |
| ④経口維持加算Ⅱ | [a.有 | ・b.無 | ・c.不明] |
| ⑤看とり加算 | [a.有 | ・b.無 | ・c.不明] |
| ⑥摂食機能療法加算（病院） | [a.有 | ・b.無 | ・c.不明] |
| ⑦栄養管理実施加算（病院） | [a.有 | ・b.無 | ・c.不明] |

II. あなた自身についてお答えください

1. 年齢 ①20～24 歳 ②25～29 歳 ③30～34 歳 ④35～39 歳 ⑤40～44 歳 ⑥45～49 歳
⑦50～54 歳 ⑧55～59 歳 ⑨60～64 歳 ⑩65～69 歳 ⑪70～74 歳 ⑫75 歳～

2. 医療・介護サービスにおいて高齢者ケアに携わっている実務年数（ ）年

7. あなたは、職員や研修生に高齢者の低栄養状態やその把握方法（栄養スクリーニング）について説明ができますか	4	3	2	1
8. あなたは、職員や研修生に高齢者に対する経腸栄養法についての概要が説明できますか	4	3	2	1
9. あなたは、職員や研修生に高齢者に対する「口から食べること」（経口栄養法）の意義について説明できますか	4	3	2	1
10. あなたは、職員や研修生に高齢者の栄養ケアに活用できる病者用食品（総合栄養食品）、嚥下困難者用食品について説明ができますか	4	3	2	1
11. あなたは、職員や研修生に摂食・嚥下障害を有する高齢者のアセスメントから問題を把握し、自身の専門性を生かしたケア計画について説明ができますか？	4	3	2	1
12. あなたは、職員や研修生に認知症の食事の BPSD のアセスメントから問題を把握し、自身の専門性を生かしたケア計画について説明ができますか	4	3	2	1
13. あなたは、職員や研修生に対してエンド・オブ・ライフにある高齢者に対しては、低栄養状態の改善よりもチームで最後まで少しでも食べることを支援することの大切さを説明できますか	4	3	2	1
14. あなたは、栄養ケアチームの一員としてカンファレンスや担当者会議に参加して、自身の専門性を生かした発言をしていますか	4	3	2	1
15. あなたは、栄養ケアチームの一員として、他の専門職に食べることの支援や栄養ケアに有益な情報や助言を提供していますか	4	3	2	1
16. あなたは、栄養ケア・マネジメント体制に関する改善すべき課題について、チームで継続的な品質改善活動に努めていくことの大切さを説明できますか	4	3	2	1

IV. あなたは、栄養ケアチームに関わりたいと思いますか？

4. 大いに関わりたい 3. 関わりたい 2. あまり関わりたくない 1. 関わりたくない

V. あなたは、職員、研修生、他施設の職員の指導・研修を今後担いたいと思いますか？

4. 大いに関わりたい 3. 関わりたい 2. あまり関わりたくない 1. 関わりたくない

VI. 栄養ケアチーム指導者研修会についてのご意見・ご要望を具体的に書いて下さい。

大会後

あなたの現在の状況に最も近い番号を1つ選んでください。なお、説明する場合には、配布した資料を活用して結構です。

回答時期 いずれか一つに○印 ①研修大会参加前、②研修終了後、③実習終了後

	よくわかる	わかる	あまりわからない	できない
1. あなたは、職員や研修生に「食えること」を通じて、高齢者の1人1人の自己実現をめざすことの大切さを説明できますか	4	3	2	1
2. あなたは、職員や研修生に高齢者本人や家族の「食えること」に対する意志、嗜好、習慣を尊重することの大切さを説明できますか	4	3	2	1
3. あなたは、職員や研修生に、栄養ケア・マネジメントの意義と概要を説明できますか	4	3	2	1
4. あなたは、職員や研修生に、「食えること」を支援する栄養ケアチームの必要性を説明できますか	4	3	2	1
5. あなたは、胃ろうや経管栄養の決定に際し、功罪を自信をもって説明できますか	4	3	2	1
6. あなたは、職員や研修生に栄養ケアチームに、あなたの専門職が関わることの意義や関わり方について説明できますか	4	3	2	1
7. あなたは、職員や研修生に高齢者の低栄養状態やその把握方法（栄養スクリーニング）について説明ができますか	4	3	2	1
8. あなたは、職員や研修生に高齢者に対する経腸栄養法についての概要が説明できますか	4	3	2	1
9. あなたは、職員や研修生に高齢者に対する「口から食えること」（経口栄養法）の意義について説明できますか	4	3	2	1
10. あなたは、職員や研修生に高齢者の栄養ケアに活用できる病者用食品（総合栄養食品）、嚥下困難者用食品について説明ができますか	4	3	2	1
11. あなたは、職員や研修生に摂食・嚥下障害を有する高齢者のアセスメントから問題を把握し、自身の専門性を生かしたケア計画について説明ができますか？	4	3	2	1
12. あなたは、職員や研修生に認知症の食事でのBPSDのアセスメントから問題を把握し、自身の専門性を生かしたケア計画について説明ができますか	4	3	2	1
13. あなたは、職員や研修生に対してエンド・オブ・ライフにある高齢者に対しては、低栄養状態の改善よりもチームで最後まで少しでも食えることを支援することの大切さを説明できますか	4	3	2	1
14. あなたは、栄養ケアチームの一員としてカンファレンスや担当者会議に参加して、自身の専門性を生かした発言をしていますか	4	3	2	1
15. あなたは、栄養ケアチームの一員として、他の専門職に食えることの支援や栄養ケアに有益な情報や助言を提供していますか	4	3	2	1

16.あなたは、栄養ケア・マネジメント体制に関する改善すべき課題について、
チームで継続的な品質改善活動に努めていくことの大切さを説明できますか

4

3

2

1

IV. あなたは、栄養ケアチームに関わりたいと思いますか？

4. 大いに関わりたい 3. 関わりたい 2. あまり関わりたくない 1. 関わりたくない

V. あなたは、職員、研修生、他施設の職員の指導・研修を今後担いたいと思いますか？

4. 大いに関わりたい 3. 関わりたい 2. あまり関わりたくない 1. 関わりたくない

VI. 栄養ケアチーム指導者研修会についてのご意見・ご要望を具体的に書いて下さい。

[]

平成22年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
高齢者の食べることを支援する効果的な栄養・食事サービスの確保等に関する調査研究
（委員長 井形昭弘 名古屋学芸大学学長）

高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム指導者研修

主催： 一般社団法人日本健康・栄養システム学会
平成22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分）（委員長 井形昭弘
先生）高齢者の食べることを支援する効果的な栄養・食事サービスの確保等に関する
調査研究班

協力： 公益社団法人 全国老人福祉施設協議会・社団法人 全国老人保健施設協会
一般社団法人 日本慢性期医療協会

目的： 医療・介護サービスにおいて、高齢者の「食べること」を支援する栄養ケアの質の一層の向上が求められています。本学会は、これまで、高齢者の栄養ケア・マネジメントや介護予防栄養改善の制度化や推進を目的とした調査研究、マニュアルや手引書の作成、さらには、栄養ケア・マネジメントを担う臨床栄養師を育成するための研修制度を推進してきました。平成22年8月からは、本学会が認定した臨床栄養師及び当該研修の一環として行われる「栄養サポートチーム」研修修了者は、医療報酬による栄養サポートチーム加算取得のための病棟専従者となることができます。

一方、介護保険サービスにおける栄養ケア・マネジメントには、摂食・嚥下障害、認知症、エンド・オブ・ライフといった困難事例に対応するため、管理栄養士の栄養ケア・マネジメント能力の一層の向上のみならず栄養ケアチームによる多職種が連携した「食べること」への支援が求められております。

この度、平成22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分）の交付を得て、本学会に蓄積された研修教材や教育システムを活用して、医療・介護サービスにおいて高齢者の「食べること」の支援を担うチームの人材育成のための研修・評価体制の基盤づくりのための指導研修事業を行い、その有効性を評価し、高齢者の「食べること」を支援する効果的な栄養・食事サービスの全国的な推進に寄与することになりました。

高齢者の医療や介護に携わる専門職の皆様は、下記のように高齢者の「食べることを支援する」栄養ケアチームの研修指導者や研修施設を育成するための指導者研修を開催致しますので、是非、ご参加くださいますようお願い申し上げます。

また、ご参加の皆様には、研修の前後の指導能力についての自己評価調査に、ご協力いただけますようお願いいたします。

本研修事業が、高齢者の栄養ケア・マネジメントの質の向上のため人材育成体制の整備と今後の介護報酬上の評価にお役にたてることを願っております。

日時・場所

- 第1回 平成22年11月27日(土曜日)、28日(日曜日) 福岡 (定員 500名)
福岡女子大学学生会館 (大会長 福岡女子大学教授 早瀬仁美)
〒813-8529 福岡市東区香住ヶ丘1-1-1 代表092-661-2411
地図(時刻表)<http://www.fwu.ac.jp/guide/access.php>
西鉄電車(貝塚線) 西鉄香椎駅から徒歩約12分 香椎花園駅から徒歩約10分
JR九州(鹿児島本線) 香椎駅から徒歩約15分
西鉄バス 天神(郵便局前)都市高速経由の21A・26Aで約15分(女子大前)下車
- 第2回 平成22年12月5日(日曜日)、6日(月曜日) 静岡 (定員 650名)
静岡県立大学講堂 (大会長 静岡県立大学教授 合田敏尚教授 副大会長 市川陽子准教授)
〒422-8526 静岡市駿河区谷田52-1 代表054-264-5102
地図 <http://www.u-shizuoka-ken.ac.jp/outline/access/index.html>
静岡駅からJR東海道線(7分)草薙駅 徒歩15分
JR「草薙」駅前より、しずてつジャストライン草薙団地行き(三保草薙線) 県立
大学入口(平日は県立大学前) 約5分
- 第3回 平成22年12月25日(土)、26日(日) 札幌 (定員 650名)
共済ホール (大会長 杉山みち子 研究班研修プログラム長 神奈川県立保健福祉大学教授)
〒060-0004 札幌市中央区北4条西1丁目1番地共済ビル6階 代表011-251-7333
地図 <http://www.kyosaihall.jp/access/index.html>
地下鉄南北線さっぽろ駅21番出口より徒歩3分 JR札幌駅より徒歩10分
- 第4回 平成23年1月8日(土)、9日(日) 東京 (定員 650名)
昭和女子大学グリーンホール (大会長 昭和女子大学 大木和子教授)
〒154-8533 東京都世田谷区太子堂1-7 代表03-3411-5123
地図 <http://office.swu.ac.jp/campusmap/>
地下鉄 東急田園都市線(半蔵門直通) 三軒茶屋駅下車 徒歩7分
バス 渋谷駅から下記方面行 昭和女子大下車

対象者：高齢者医療、介護サービスの経験3年以上であり、研修修了後、研修指導者、講義を担当することのできる医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、介護支援専門員、社会福祉士、介護職等の専門職。各施設・事業所等から複数の職種で参加するようにしてください(管理栄養士は必ず参加してください)。

定員に満たない場合には、上記の条件に該当しない一般参加者も参加できます。開催日の1週間前にホームページでお知らせいたしますので、当日、先着順に受け付けます。但し、お弁当のご用意はできませんのでご用意ください。

指導者修了証：2日間の講座を修了し、実習(研修において宿題とした症例の多職種による検討、10時間相当)を修了した者に指導者研修修了証を発行いたします。また、ご了承頂いた修了者は、学会ホームページに修了者一覧としてご氏名、ご所属を公表させていただきます。複数の専門職(但:管理栄養士を含めて)で参加した施設には、次年度以降の研修施設候補として登録していただきます。

指導者修了者と研修施設候補施設：一般社団法人 日本健康・栄養システム学会では、平成23年度、管理栄養士を対象として臨床栄養師研修（認定講座100時間、臨床研修900時間）や基礎・応用研修（其々講座30時間、臨床研修70時間、合計講座60時間、臨床研修140時間）、管理栄養士以外の他職種を対象とした栄養ケアチーム研修（講座30時間、臨床研修10時間の計40時間）、「栄養サポートチーム研修」（平成22年度から）を実施しますので、指導者修了者の各研修科目や時間の相当については平成23年度理事会において決定次第お知らせいたします（詳細な内容は、別紙及び学会ホームページをご参照のこと）。

研修施設候補：複数の専門職（但：管理栄養士を含めて）の修了者のいる研修施設候補は、一般社団法人日本健康・栄養システム学会臨床研修受託施設として申請書類一式を指導者修了証に同封してお送り致します。管理栄養士は研修マニュアルを電子媒体に沿って作成し（施設長名、施設の特性など書き直してください）、臨床研修受託施設の申請を是非行ってください。臨床栄養師研修委員会の承認を得て学会が認定した臨床研修受託施設として学会ホームページに公表されます。本学会における臨床研修は全てホームページに掲載された病院、施設において行われております。また、施設長は研修責任者に、管理栄養士には監督責任者になっていただきます。

監督責任者になった管理栄養士には、論文審査（題目：栄養ケア・マネジメント業務などに関する論文、論文作成指導を受けることができます）を経て、臨床栄養師認定委員会（委員長 井形昭弘理事）によって臨床栄養師の資格認定が行われます。従って、臨床栄養師になるための認定講座、臨床研修、試験は全て免除されます。管理栄養士以外の指導者研修修了者には、栄養ケアチーム研修修了に相当するよう諮る予定です。

費用： 7,000円

事前受け付け締め切り日：各開催日の1週間前

申し込み方法：参加申込は下記の参加会場のメールで下記の各会場の申込期間に受け付けを行います。メールには、【指導者研修希望】と必ず記載し、①所属施設種（一般病院、療養病床、介護老人保健施設 介護老人福祉施設 通所介護事業所 通所リハビリテーション事業所等の別） ②施設名 ③施設代表者名（院長、理事長、施設長など） ④連絡先の〒番号、住所、電話、FAX、メールアドレス ⑤参加者氏名 ⑥⑤の職種を記載してください。病院・施設で参加者が複数の場合には、同一メールに記載してお申し込み頂いても結構です。各会場が定員になるまで、順次「指導者研修受付番号」をご返信致します。

1. 福岡会場 申込締切 平成22年11月19日（金）
申込メール：jncm-fukuoka@j-ncm.com
2. 静岡会場 申込締切 平成22年11月26日（金）
申込メール：jncm-sizuoka@j-ncm.com
3. 札幌会場 申込締切 平成22年12月17日（金）
申込メール：jncm-sapporo@j-ncm.com
4. 東京会場 申込締切 平成22年12月27日（月）
申込メール：jncm-tokyo@j-ncm.com

なお、申込後に参加会場を変更する場合には、必ずメールでお知らせください。

登録手続き：指導者研修受付番号を受けとった方は、直ちに郵便局からお振込みください。

郵便振り込み先：00190-9-408852

講座名義：一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

☆ 通信欄には、必ず【指導者研修〇〇会場と記載し、人数分の受付番号と合計人数】を記載してください。

お振込みが確認されましたら受付番号が登録番号になります。研究会当日は、**必ず振込用紙をご持参ください**。申込期間以降は、全て当日受付とさせていただきます。振込後に参加を取り消された場合にも、テキストをお送りさせていただきますが、ご返金はできませんのでご了承ください。

テキスト：介護保険制度における栄養ケア・マネジメントの手引き（DVD2枚付き）

高齢者の経口意向・経口維持、認知症、エンド・オブ・ライフの栄養ケア・マネジメント
「食えること」を支援するためにー（初版）

摂食・嚥下、認知症高齢者の食えることを支援するためのエビデンスに基づいた栄養ケア・マネジメント（アセスメント票付）

上記のテキストは、平成21・22年度厚生労働省老人保健健康増進等事業によって行われた調査研究成果に基づいて作成されたものです。

他、各講師による指導者用ハンドアウト

その他：

- ・「指導者研修受付番号」をご返信した参加者の皆様には、研究倫理審査委員会承認後に指導者研修成果の自己評価アンケートへのご協力のご依頼文とご回答頂く場合に必要なID番号をご送付させていただきますので、ご協力のことよろしくお願ひ申し上げます。
- ・臨床栄養師継続研修相当：12時間

問い合わせ先：一般社団法人 日本健康・栄養システム学会 ncm@j-ncm.com

TEL・FAX 046-828-2663（お問い合わせは必ずメールでお願いいたします）

詳細はホームページ <http://www.j-ncm.com>

平成22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分）高齢者の食えることを支援する効果的な栄養・食事サービスの確保等に関する調査研究班

委員長 井形昭弘 名古屋学芸大学学長

統括管理担当 小山秀夫 兵庫県立大学大学院教授

研修プログラム作成小委員会委員長 杉山みち子 神奈川県立保健福祉大学教授

初期プログラム班長 星野和子 医療法人溪仁会 溪仁会グループ統括本部室 室長

高齢者臨床栄養プログラム班長 加藤昌彦 椛山女子大学教授

摂食・嚥下障害に関するプログラ班長 合田敏尚 静岡県立大学教授

認知症班長 田中和美 特別養護老人ホーム科長

エンド・オブ・ライフ班長 梶井文子 聖路加看護大学准教授

研修事業調査評価小委員会委員長 野地有子 千葉大学大学院看護学研究科教授

情報システム小委員会委員長 宇田 淳 広島国際大学教授

平成22年度 高齢者の「食ること」を支援するための栄養ケアチーム指導者研修大会		
会場	【静岡】静岡県立大学講堂 平成22年12月5日(日)～12月6日(月)	
時間	1日目	2日目
9:30	受付開始	
10:00		
10:30	開会 10:30～ 司会：総括管理担当(事務局長) >大会長ご挨拶：委員長 井形昭弘 大会長 >自己評価調査へのご協力をお願い	I 講義 高齢者の「食ること」を支援すること 10:30～11:15 高齢者の臨床栄養(1) —低栄養状態を知ろう 高齢者臨床栄養プログラム班長 加藤昌彦 (相山女学園大学教授)
11:00	I 講義 高齢者の「食ること」を支援すること 10:50～11:35 夢の長寿社会の実現のために —チームで支える「食ること」の大切さ— 井形昭弘(名古屋学芸大学学長)	11:15～12:00 高齢者の臨床栄養(2) —経管栄養法と口から食ることへの移行のための教育 高齢者臨床栄養プログラム班長 加藤昌彦 (相山女学園大学教授)
11:30	II 栄養ケア・マネジメントの基礎教育 11:35～11:40 質問	12:00～12:10 質問
12:00	11:40～12:25 高齢者の「食ること」の支援に参加するために： 栄養ケア・マネジメントのポイントを教える 研修プログラム委員長 杉山みち子 (神奈川県立保健福祉大学 教授)	12:10～13:10 昼食休憩
12:30	12:25～12:35 質問	
13:00	12:35～13:35 昼食休憩	
13:30	III マネジメント 13:35～14:40 病者用食品(総合栄養食品)、えん下困難者用食品を含めて 摂食・嚥下プログラム班長 合田敏尚 (静岡県立大学 教授)	VI ワークショップ 13:10～15:00 進め方と4つの症例説明 検討 チームでの取り組み法の発表 ・低栄養改善 ・摂食・嚥下 ・認知症 ・エンド・オブ・ライフ
14:00	14:40～14:55 質問	15:00～15:10 休憩
14:30	14:55～15:05 休憩	
15:00	IV 認知症高齢者の栄養ケア 15:05～15:50 認知症プログラム班長 特別養護老人ホーム ふれあいの森 田中和美	15:10～16:00 討議とまとめ
15:30	15:50～16:00 質問	
16:00	V エンド・オブ・ライフ 16:00～16:45 エンド・オブ・ライフプログラム班長 野地有子(千葉大学 教授)	16:00～16:30 実習の進め方と自己評価への今後の協力についての説明
16:30	16:45～16:55 質問	終了
17:00	16:55～17:15 まとめとワークショップのための課題説明 終了	

平成22年度 高齢者の「食えること」を支援するための栄養ケアチーム指導者研修大会

会場	【札幌】共済ホール 平成22年12月25日(土)～12月26日(日)	
時間	1日目	2日目
9:30	受付開始	
10:00		
10:30	<p>開会</p> <p>10:30～ 司会：総括管理担当(事務局長) >理事長ご挨拶：日本健康・栄養システム学会 理事長 武藤 泰敏 >自己評価調査へのご協力のお願い</p>	<p>ロジのIV グメ栄 ラン養認 ムトケ知 ア症 教・高 育マ ブネ者</p> <p>10:30～11:15 認知症プログラム班長 特別養護老人ホーム ふれあいの森 田中 和美</p> <p>11:15～11:20 質問</p>
11:00	<p>10:50～11:35 夢の長寿社会の実現のために ーチームで支える「食えること」の大切さー 井形昭弘(名古屋学芸大学学長)</p> <p>11:35～11:40 質問</p>	<p>ブマラV ロネイ ロジフエ ラメの ムン栄ド ト養・ ケオ アブ 育・</p> <p>11:20～12:05 エンド・オブ・ライフプログラム班長 梶井 文子(聖路加看護大学 准教授)</p> <p>12:05～12:10 質問</p>
11:30	<p>I 講義 高齢者の「食えること」を支援することの大切さ</p> <p>11:40～12:25 高齢者の臨床栄養(1) ー低栄養状態を知ろう 高齢者臨床栄養プログラム班長 加藤 昌彦 (椛山女学園大学教授)</p>	<p>12:10～13:10 昼食休憩</p>
12:00	<p>12:25～13:25 昼食休憩</p>	
12:30		
13:00	<p>13:25～14:10 高齢者の臨床栄養(2) ー経管栄養法と口から食えることへの 移行のための教育 高齢者臨床栄養プログラム班長 加藤 昌彦 (椛山女学園大学教授)</p> <p>14:10～14:20 質問</p>	<p>13:10～15:00 進め方と4つの症例説明 検討 チームでの取り組み法の発表 ・低栄養改善 ・摂食・嚥下 ・認知症 ・エンド・オブ・ライフ</p>
13:30		
14:00		
14:30	<p>II プログラム 栄養ケア マネジメントの 基礎教育</p> <p>14:20～15:05 高齢者の「食えること」の支援に参加するために： 栄養ケア・マネジメントのポイントを教える 研修プログラム委員長 杉山 みち子 (神奈川県立保健福祉大学 教授)</p> <p>15:05～15:10 質問</p> <p>15:10～15:20 休憩</p>	<p>VI ワークショップ</p> <p>15:00～15:10 休憩</p> <p>15:10～16:00 討論とまとめ</p>
15:00		
15:30	<p>III 摂食・嚥下 マネジメント 教育プログラム</p> <p>15:20～16:30 病者用食品(総合栄養食品)、えん下困難者用食品を含めて 摂食・嚥下プログラム班長 合田 敏尚 (静岡県立大学 教授)</p> <p>16:30～16:40 質問</p> <p>16:40～17:00 まとめとワークショップのための課題説明</p>	<p>16:00～16:30 実習の進め方と自己評価への 今後の協力についての説明</p>
16:00		
16:30		
17:00	終了	終了

平成 22 年度 高齢者の「食えること」を支援するための栄養ケアチーム指導者研修大会		
会場	【東京】昭和女子大学グリーンホール 平成 23 年 1 月 8 日(土)～1 月 9 日(日)	
時間	1 日目	2 日目
9:30	受付開始	
10:00		
10:30	開会 10:30～ 司会: 総括管理担当(事務局長) > 大会長ご挨拶: 委員長 井形 昭弘 大会長 > 自己評価調査へのご協力をお願い	I 講義 の 高 10:30～11:15 大 高 齢 者 の 臨 床 栄 養 (1) 切 支 援 食 一 低 栄 養 状 態 を 知 ろ う する べ る 事 高 齢 者 臨 床 栄 養 プ ロ グ ラ ム 班 長 加 藤 昌 彦 の 事 高 齢 者 (相 山 女 学 園 大 学 教 授) ラ ム プ ロ グ ラ ム の 食 べ る 事 を 支 援 す る 事 11:15～12:00 高 高 齢 者 の 臨 床 栄 養 (2) 齢 一 経 営 栄 養 法 と 口 から 食 べ る 事 へ の 者 を 移 行 の た め の 教 育 支 高 齢 者 臨 床 栄 養 プ ロ グ ラ ム 班 長 加 藤 昌 彦 援 助 (相 山 女 学 園 大 学 教 授) する 事 12:00～12:10 質 問
11:00	切 支 援 食 10:50～11:35 する べ る 事 講 義 の 事 高 齢 者 夢 の 長 寿 社 会 の 実 現 の た め に ラ ム プ ロ グ ラ ム の 食 べ る 事 を 支 援 す る 事 一 チーム で 支 える 「 食 べ る 事 」 の 大 切 さ ー 高 井 形 昭 弘 (名 古 屋 学 芸 大 学 学 長) 齢 者 11:35～11:40 質 問	
11:30	育 マ II 11:40～12:25 プ ネ 栄 高 齢 者 の 「 食 べ る 事 」 の 支 援 に 参 加 す る た め に : ロ ジ ケ ア 支 援 栄 養 ケ ア ・ マ ネ ジ メ ン ト の ポ イ ン ト を 教 え る ラ ム の 研 修 プ ロ グ ラ ム 委 員 長 杉 山 み ち 子 基 礎 教 (神 奈 川 県 立 保 健 福 祉 大 学 教 授) 教 12:25～12:35 質 問	
12:00		
12:30	12:35～13:35 昼食休憩	12:10～13:10 昼食休憩
13:00		
13:30	III 13:35～14:40 マ 摂 食 ・ 嚥 下 障 害 と 栄 養 ケ ア ・ ネ ジ メ ン ト 教 育 プ ロ グ ラ ム 病 者 用 食 品 (総 合 栄 養 食 品) 、 え ん 下 困 難 者 用 食 品 を 含 め て 摂 食 ・ 嚥 下 プ ロ グ ラ ム 班 長 合 田 敏 尚 (静 岡 県 立 大 学 教 授) 14:40～14:55 質 問 14:55～15:05 休 憩	VI ワ ク シ ョ ッ プ 13:10～15:00 進 め 方 と 4 つ の 症 例 説 明 検 討 チーム で の 取 り 組 み 法 の 発 表 ・ 低 栄 養 改 善 ・ 摂 食 ・ 嚥 下 ・ 認 知 症 ・ エ ン ド ・ オ フ ・ ラ イ フ
14:00		
14:30		
15:00	IV 15:05～15:50 ム 栄 養 ケ ア 認 知 症 高 齢 者 の 特 別 養 護 老 人 ホ ム 認 知 症 プ ロ グ ラ ム 班 長 田 中 和 美 教 育 ・ 症 高 齢 者 の 15:50～16:00 質 問 プ ロ グ ラ ム の	15:00～15:10 休 憩 15:10～16:00 討 議 と ま と め
15:30		
16:00	V 16:00～16:45 ラ ジ イ エ ン ド ・ オ フ ・ ラ イ フ プ ロ グ ラ ム 班 長 ム メ ン ト 栄 養 ケ ア ・ オ フ ・ ラ イ フ プ ロ グ ラ ム 班 長 16:45～16:55 質 問 堀 井 文 子 (聖 路 加 看 護 大 学 准 教 授)	16:00～16:30 実 習 の 進 め 方 と 自 己 評 価 へ の 今 後 の 協 力 に つ い て の 説 明
16:30		終 了
17:00	16:55～17:15 ま と め と ワーク ショ ッ プ の た め の 課 題 説 明 終 了	

実習(10時間)：①手引書の症例から参加者全員で1事例を選ぶ。②自分だったらどのようなアセスメントを行い、その結果、どのような問題が把握されると考えられ、その問題に対してどのような食事支援や栄養ケアの計画を作成するかを検討し発表できるようにする(約4時間程度)③参加者全員によるカンファレンスを行う。各自発表を行い食事支援・栄養ケア計画について討論する。また、今後の栄養ケアチーム体制について討論する(2時間程度)④各自提出用のレポートを作成(4時間程度)(①から③について1600字以内、ワードで作成、図表を含めてよい、登録番号、所属、職種、氏名を記載し、申請時の会場別メールに【指導者研修課題 登録番号】を表記し送付する)

施設から一人参加した場合には、1人以上の他職種にカンファレンスへの参加をして頂いてください。

一般社団法人日本健康・栄養システム学会
平成22年度老人保健健康増進等事業

高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム指導者研修

スタッフ運営マニュアル

- 第1回 福岡会場 福岡女子大学会館
平成22年11月27日(土)～28日(日) 10:00～17:00
- 第2回 静岡会場 静岡県立大学講堂
平成22年12月5日(日)～6日(日) 10:00～17:00
- 第3回 札幌会場 共済ホール6階
平成22年12月25日(土)～26日(日) 10:00～17:00
- 第4回 東京会場 昭和女子大学グリーンホール
平成23年1月8日(土)～9日(日) 10:00～17:00

平成22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分）
高齢者の食事を支援する効果的な栄養・食事サービスの確保等に関する調査研究
（委員長 井形昭弘 名古屋学芸大学学長）

高齢者の「食事を」を支援するための栄養ケアチーム指導者研修

主催：一般社団法人日本健康・栄養システム学会

平成22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分）高齢者の食事を支援する効果的な栄養・食事サービスの確保等に関する調査研究班

協力：公益社団法人 全国老人福祉施設協議会・社団法人 全国老人保健施設協会
一般社団法人 日本慢性期医療協会

目的

本学会は、これまで、高齢者の栄養ケア・マネジメントや介護予防栄養改善の制度化や推進を目的とした調査研究、マニュアルや手引書の作成、さらには、栄養ケア・マネジメントを担う臨床栄養師を育成するための研修制度を推進してきました。平成22年8月からは、本学会が認定した臨床栄養師及び当該研修の一環として行われる「栄養サポートチーム」研修修了者は、医療報酬による栄養サポートチーム加算取得のための病棟専従者となることができます。

一方、介護保険サービスにおける栄養ケア・マネジメントには、摂食・嚥下障害、認知症、エンド・オブ・ライフといった困難事例に対応するため、管理栄養士の栄養ケア・マネジメント能力の一層の向上のみならず栄養ケアチームによる多職種が連携した「食事を」への支援が求められております。

この度、平成22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分）の交付を得て、本学会に蓄積された研修教材や教育システムを活用して、医療・介護サービスにおいて高齢者の「食事を」の支援を担うチームの人材育成のための研修・評価体制の基盤づくりのための指導研修事業を行い、その有効性を評価し、高齢者の「食事を」を支援する効果的な栄養・食事サービスの全国的な推進に寄与することになりました。

高齢者の医療や介護に携わる専門職の皆様は、下記のように高齢者の「食事をを支援する」栄養ケアチームの研修指導者や研修施設を育成するための指導者研修を開催致しますので、是非、ご参加くださいますようお願い申し上げます。

また、ご参加の皆様には、研修の前後の指導能力についての自己評価調査のご説明を行わせて頂きますので、ご協力いただけますようお願いいたします。

本研修事業が、高齢者の栄養ケア・マネジメントの質の向上のため人材育成体制の整備と今後の介護報酬上の評価にお役たてることを願っております。

日本健康・栄養システム学会事務局連絡先

日本健康・栄養システム学会 駒形公大：東京都台東区浅草橋2-21-5 クレア201

Mail：ncm@j-ncm.com/Tel：03-5159-0365

神奈川保健福祉大学栄養学科 杉山みち子：神奈川県横須賀市平成町1-10-1

Mail：sugiyama-m@kuhs.ac.jp/Tel：046-828-2662

福岡会場	大会長	福岡女子大学教授	早淵仁美	092-672-9257
静岡会場	大会長	静岡県立大学教授	合田敏尚	054-264-5533
	副大会長	静岡県立大学准教授	市川陽子	054-264-5512
札幌会場	大会長	神奈川県立保健福祉大学教授	杉山みち子	0468-28-2662
東京会場	大会長	昭和女子大学教授	大木和子	03-3411-5047

日時・場所

第1回 福岡会場 (定員 500名)

平成22年11月27日(土)、28日(日)

福岡女子大学学生会館

〒813-8529 福岡市東区香住ヶ丘1-1-1

電話：092-661-2411

地図：<http://www.fwu.ac.jp/guide/access/php> (各種時刻表掲載)

- ・「西鉄電車」(貝塚線)「西鉄香椎駅」より徒歩12分「香椎花園駅」より徒歩約10分
 - ・JR九州(鹿児島本線)「香椎駅」より徒歩15分
 - ・西鉄バス 天神中央(郵便局前より乗車)
- 都市高速経由21A・26番線Aにて約15分「女子大前」下車

第2回 静岡会場 (定員 650名)

平成22年12月5日(日)、6日(月)

静岡県立大学講堂

〒422-8526 静岡市駿河区谷田52-1

電話：054-264-5102

地図：<http://www.u-shizuoka-ken.ac.jp/outline/access/index.html>

- ・「静岡駅」からJR東海道線(7分)「草薙駅」下車 徒歩15分
- ・JR「草薙」駅前より、しずてつジャストライン草薙団地行き(三保草薙線) 県立大学入口(平日は県立大学前)より徒歩5分

第3回 札幌会場 (定員 650名)

平成22年12月25日(土)、26日(日)

共済ホール

〒060-0004 札幌市中央区北4条西1丁目1番地共済ビル6階

電話：011-251-7333

地図：<http://www.kyosaihall.jp/access/index.html>

- ・地下鉄南北線さっぽろ駅21番出口より徒歩3分 JR札幌駅より徒歩10分

第4回 東京会場 (定員 650名)

平成23年1月8日(土)、9日(日)

昭和女子大学グリーンホール

〒154-8533 東京都世田谷区太子堂1-7

電話：03-3411-5123

地図：<http://office.swu.ac.jp/campusmap/>

- ・地下鉄 東急田園都市線(半蔵門直通)三軒茶屋駅下車 徒歩7分
- ・バス 渋谷駅から下記方面行 昭和女子大下車

平成22年度 高齢者の「食えること」を支援するための栄養ケアチーム指導者研修大会		
会場	【札幌】共済ホール 平成22年12月25日(土)～12月26日(日)	
時間	1日目	2日目
9:30	受付開始	
10:00		
10:30	開会 10:30～ 司会：総括管理担当(事務局長) >理事長ご挨拶：日本健康・栄養システム学会 理事長 武藤 泰敏 >自己評価調査へのご協力のお願い	ロジのIV グメ ラン養認 ムトケ知 ア症 教・高 育マ プネ者
11:00	10:50～11:35 夢の長寿社会の実現のために ーチームで支える「食えること」の大切さー 井形 昭弘(名古屋学芸大学学長)	10:30～11:15 認知症プログラム班長 特別養護老人ホーム ふれあいの森 田中和美
11:30	11:35～11:40 質問 11:40～12:25 高齢者の臨床栄養(1) ー低栄養状態を知ろう 高齢者臨床栄養プログラム班長 加藤 昌彦 (相山女学園大学教授)	11:15～11:20 質問 11:20～12:05 エンド・オブ・ライフプログラム班長 梶井 文子(聖路加看護大学 准教授)
12:00	I 講義 高齢者の「食えること」を支援することの大切さ 教育プログラム	12:05～12:10 質問 12:10～13:10 昼食休憩
12:30		12:25～13:25 昼食休憩
13:00		13:10～15:00 進め方と4つの症例説明 検討 チームでの取り組み法の発表 ・低栄養改善 ・摂食・嚥下 ・認知症 ・エンド・オブ・ライフ
13:30	13:25～14:10 高齢者の臨床栄養(2) ー経管栄養法と口から食えることへの移行のための教育 高齢者臨床栄養プログラム班長 加藤 昌彦 (相山女学園大学教授)	VI ワーク ショップ
14:00	14:10～14:20 質問	
14:30	14:20～15:05 高齢者の「食えること」の支援に参加するために: 栄養ケア・マネジメントのポイントを教える 研修プログラム委員長 杉山 みち子 (神奈川県立保健福祉大学 教授)	15:00～15:10 休憩
15:00	15:05～15:10 質問 15:10～15:20 休憩	15:10～16:00 討議とまとめ
15:30	III 摂食・嚥下 マネジ メン ト 教育 プ ロ グ ラ ム	15:20～16:30 病者用食品(総合栄養食品)、えん下困難者用食品を 含めて 摂食・嚥下プログラム班長 合田 敏尚 (静岡県立大学 教授)
16:00		16:30～16:40 質問
16:30		16:40～17:00 まとめとワークショップのための課題説明 ご挨拶：北海道栄養士会会長 山部 秀子
17:00	終了	16:00～16:30 実習の進め方と自己評価への 今後の協力についての説明

Ⅱ. 運営スタッフ 集合時間等

1. 集合日時：8時30分（現地集合）※2日目は9時30分集合。
9時30分 受付開始
2. 昼食について
講師・スタッフはお弁当が出る。
参加者は各自持参。
会場の進行状況を見ながら、各担当責任者の指示の下、休憩をとること。
3. 終了後の片付け
17時30分までに、担当者を含む全員が会場から退出できるよう、協力して撤収作業をする。
終了後解散
4. 注意事項（重要）
 - 1) スタッフ用の荷物はスタッフルームに置くこと。貴重品は各自管理してください。
 - 2) 原則名札をつけること（一部の名札を付けないスタッフもいます）。
 - 3) スタッフは常に携帯（マナーモードにする）を携帯し、不明点や気づいた点があれば、担当責任者に連絡すること。
※急遽用件を依頼する場合があります。各担当責任者は、会場内の自分の所在ならびに携帯連絡先を本部に伝えること。
 - 4) 会場毎でのルールを守る。
 - *使用を承認されていない施設等の使用、立入りをしないこと。
 - *勝手に壁・柱・窓・扉などへの貼り紙などをしないこと。
 - *火気の使用、特別の設備をしないこと。なお、物品の搬入・搬出、又は施設内に特別の設備を設ける場合は管理責任者の承諾を受け、その指示に従うこと。
 - *入場者の安全確保には十分配慮すること。
なお、事故が起きた場合、速やかに大会長・スタッフルームまで知らせる。
 - *ステージ及び客席内での飲酒・飲食はしないこと。
 - *貴重品・現金等の管理は自己責任において各自で注意して下さい。
 - *その他本規定にない事項については、その都度会場管理責任者と協議の上、その指示に従うこと。

その他：災害時の誘導方法等

不時の災害に備えてスタッフは常に所在を明らかにし、非常口を事前に確認しておく。
速やかに会場外へ誘導する

Ⅲ. スタッフの役割表
福岡会場

事務局 FAX 番号 046-828-2663

各担当	責任者 担当教員 (敬称略)	学生スタッフ氏名 メールアドレス	備 考
会場の準備		全 員	
片付け、他		全 員	
会場（舞台設営準備、 会場内片付け等） 施設道順誘導（1名）			学生アルバイト責任者 会場全体
受付（合計6名）			
事前受付（2名） 当日受付（1名）			受付 →会場 食堂 ドリンク 呼び込み・案内→会場 ドリンク・昼食 食堂準備・片付け
呼び込み・案内（1名） ドリンク・昼食（1名） 食堂（1名）			
会計責任			
AV 機器・電気・マイク ★講演者のプレゼン 資料の確認担当（1名）			AV 機器・資料の確認等
写真撮影（1名）			
全体司会・進行補助 ●タイムキーパー（1名）			

（ ）の人数は責任者を除いた必要最低人数となります。
その他業務は担当責任者より依頼される場合があります。ご協力のほどお願い申し上げます。

- ・道順誘導表示は大会長が準備する。
※掲示の際に使用するテープは、「痕がのこらない専用テープ」を使用すること。
- ・舞台上の机、椅子、マイクの配置とマイク音量を確認する。
- ・場所(トイレなど)の問い合わせがあった際に、場所の案内および誘導をする。

- ・空調に関して気づいたこと（寒い、暑いなど）は、会場責任者に連絡する。
- ・講演者のペットボトルとカップを、各講演前に演台に準備する。
（PCの接続、講演者当日プレゼン用データの取り扱いはAV担当が確認する。）
- ・講師にお弁当を渡す。チェックリストの確認、ごみ類の片付けをする。

【受付係】

受付係全員：

- ・机の配置や設営を行う。動線を責任者と確認する。
- ・配布資料・教材の配置。（教材は各参加者がI部ずつに取るので、順番に並べる。）
- ・配布資料を取った参加者にお茶を配布するので、机を用意しお茶のペットボトルを並べる。
- ・参加者名札は用意しない。
- ・クロークは準備しないため、参加者各自が、会場内の自分の席に持ち込むように説明。
- ・講堂への入口を案内。

事前受付担当：

- ・登録番号と氏名を事前受付名簿で確認し、振込領収書の提示をしていただき□7,000 円に
（チェック）をして、紙袋（テキストを入れるための袋）を渡す。
- ・事前受付名簿上で氏名が確認できなかった場合でも、当日支払い明細書または振込み領収書を持参して入金を確認できた場合には、別途参加申込書に記入をしてもらい、参加証（領収書付き）の□7,000 円にチェックをして、袋を渡す。
- ・事前受付名簿上で氏名が確認できなかった場合で、さらに当日支払い明細書等の入金が確認できない場合には、別途参加申込書に記入をしてもらい、領収書は渡さない。
いつ頃申し込んだかを確認し、本人確認を行う。後日、会計担当との確認をする。

当日受付担当：

- ・当日参加申込者は、別途参加申込書に記入をしてもらい、□7,000 円にチェックをして、袋を渡す。記入用のペンや紙などは受付開始前に確認する。記入用のスペースを確保しておくことよい。

会計責任者：

- ・当日の支払いやおつりの管理を行う。
- ・お弁当など、各種請求書をもらう。
- ・アルバイトなどへの領収書の書き方などを指示。

【AV 機器係】

- ・大会長との事前の打ち合わせ時の注意事項に従い機器類の準備を行う。
- ・演台上のPC設置、マイク音量・照明の調整、メインスクリーン、プラズマディスプレイへの投影確認を行う。
- ・当日のプレゼン資料確認 当日資料データ入り USB を演台上のノートパソコンのデスクトップ上へコピーする。
- ・プラズマディスプレイ上に投影されるプログラム、注意事項等入りのUSBを確認する。
- ・常に会場にて待機する。トイレなど場を離れる際には代理を立てておく。
- ・直前に各講演者の資料の投影を行う。

【舞台、会場設営係】

- ・演台の配置会場の設営
- ・誘導、マイク係など会場全般を行う

【写真撮影係】

- ・記録として残すために、講演会全体の写真を撮影する。
（受付前、開会の挨拶、各講演者、質疑応答、閉会の挨拶）など
- ・写真撮影の際には、なるべく参加者の顔がわからないように配慮する。
※アップの顔を入れないようにする。横から撮影するなど

【片付け（会場・ホール、控室、受付）】

- ・ホール内の貼り紙を全て撤去する。
- ・講堂内の各席の忘れ物、各機のライト・マイクがオフになっているかを全席確認する。
- ・控室、受付の机やイスを元の状態に戻す。忘れ物のないようにする。
- ・ゴミなどを残さないように回収する。

【全体の司会・進行（タイムキーパーを含む）】

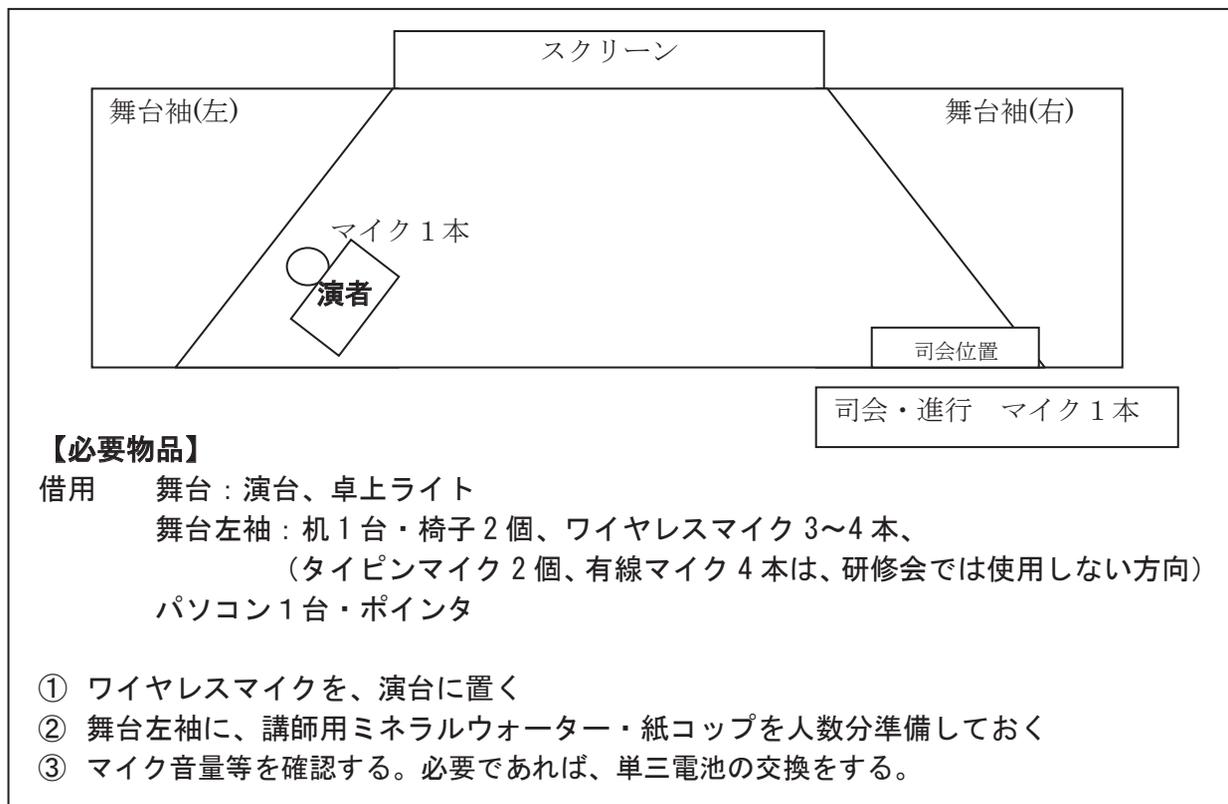
タイムキーパー担当者：

- ・タイムキーパー担当者は、大会長と連絡をとり、指示を受ける。
- ・司会から指示内容を受ける。
例) 各セッションの予定時刻の 10 分前、5 分前に各講演者に紙で連絡するなど。

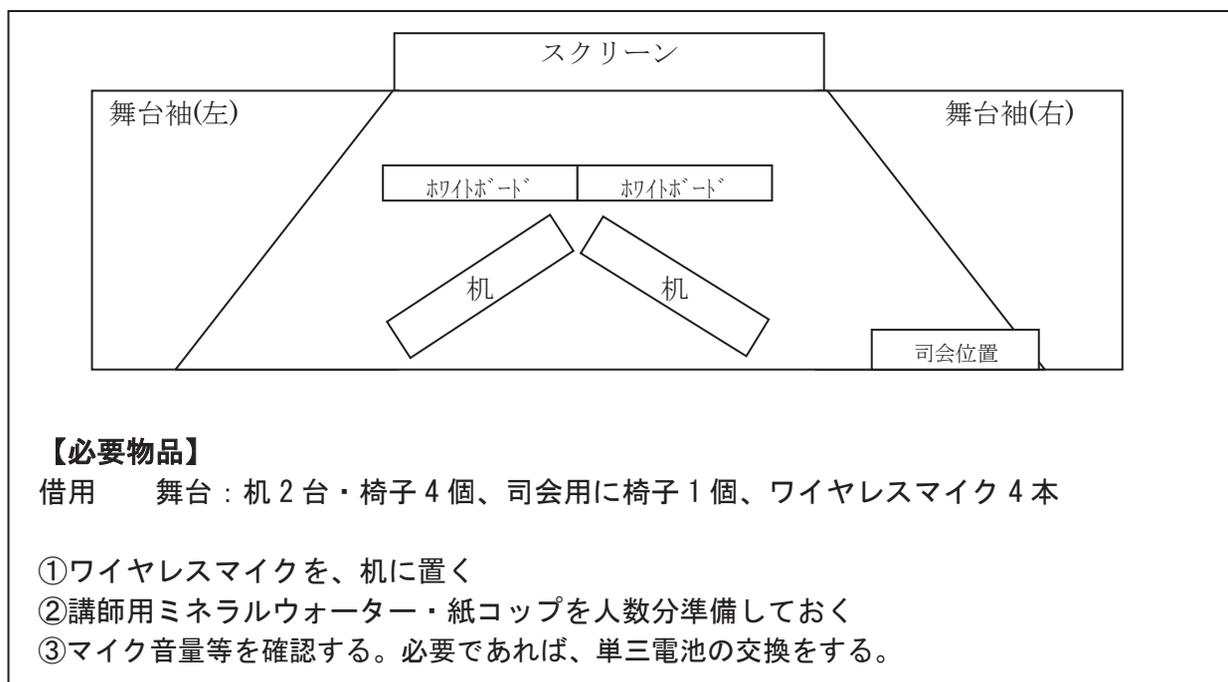
IV. 会場設営図

- 1) 控室・講師室：各会場に設け、配置する。
- 2) 受付：会場毎に動線を考慮しながら設営する。
- 3) 会場
- 4)

○講演（参考例）



○ワークショップ（参考例）



V. 物品一覧

	使用場所	物品名	数	準備担当	準備	会場	終了	備考
1	受付	参加者名簿	1式					
2	受付	参加証	1冊	事務局				
3	受付	領収書	1冊	事務局				
4	受付	参加申込書	100部					
5	受付	資料用手提げ袋		事務局				
6	受付	配布用本①		事務局				
7	受付	配布用本②		事務局				
8	受付	当日資料		事務局				
9	受付	筆記用具	1式					ペン、ハサミ、付箋、メモ、テープなど
10	受付	スタッフ用名札	15個	事務局				
11	受付	案内表示板2種(当日・事前)	2部	事務局				
12	受付	つり銭	1000円×100枚	事務局				
13	受付	ペットボトル(お茶)	500ml×500本/日					
14	講師室	ペットボトル(お茶)	1.5ℓ×5本					
15	講師室	紙コップ	50個					
16	講師室	アルバイト名簿	1式					
17	講師室	お弁当	20個前後					
18	講師室	運営マニュアル	20部					
19	講師室	ゴミ袋	1式					
20	講師室	ウエットティッシュ	1個					
21	講師室	ティッシュ	1個					
22	講師室	台ふきん	1個					
23	舞台	ノートPC	2台					
24	舞台	レーザーポインター	1個					
25	舞台	カメラ	2台					
26	舞台	単三電池(マイク予備)	10個					
27	舞台	USB(講演者用プレゼンデータ)	1個					
28	舞台	プログラム用データ持参	2個					
29	舞台	ビデオカメラ	1式	事務局				東京会場のみ撮影を行う

VI. 関係者一覧

名前	所属	役職
井形昭弘	名古屋学芸大学	学長
武藤泰敏	神奈川県立保健福祉大学	学長
小山秀夫	学会事務局	事務局長
加藤昌彦	椛山女学園大学	教授
杉山みち子	神奈川県立保健福祉大学	教授
早淵仁美	県立福岡女子大学	教授
梶井文子	聖路加看護大学	准教授
野地有子	千葉大学	教授
合田敏尚	静岡県立大学	教授
市川陽子	静岡県立大学	准教授
田中和美	ふれあいの森	科長
星野和子	社会福祉法人溪仁会法人本部栄養管理室	室長
大木和子	昭和女子大学大学院	助教授
駒形公大	学会事務局	会計
菊一宏重	学会事務局	事務

Memo

司会進行表(札幌会場例)

◆進行1日目

司会：

会場では、パワーポイントで自己評価アンケートへの回答のご依頼文章を掲示しておく。

本研究では、皆様に研修開始前に自己評価アンケートへのご協力のご依頼をメールでお送り致しております。

まだ、インターネット上の自己評価アンケートにご解答頂いていない方は、教材の230ページに研修前に記載して頂くためのアンケート用紙がございますので、223ページのご依頼状をお読み頂き、ご承諾頂けましたら早めに現在の状況のご回答をお願いいたします。

この研修前にご解答頂いた自己評価アンケート用紙はお持ち帰り頂き、ご自身のコンピューターから必ずサイト上にある自己評価アンケートに、本日の回答結果をご入力下さいますようお願い致します。

なお、既に、コンピューターによりご解答頂いた方は研修前のアンケート用紙へのご解答は既に頂いております。

10時20～25分(開始5～10分前)《全体アナウンス》

会を始めます前に、本日の配布させていただきました内容のご確認をさせていただきます。

バインダーと研修内容の入った教材

薄い手引書1冊、

厚めの手引書が2冊、

本学会が作成した既存の報告書が2冊

なお、バインダーには研修教材一式をお手数ですが各自ファイリングをお願いいたします。不備がありましたら、係のものにお伝え下さいますようお願いいたします。

会場内についてのお願いがございます。本日は、記録のために係の者が写真撮影を行いますことを、ご了承くださいませようお願いいたします。これ以外の写真撮影、録音、講堂内での飲食については硬くお断りいたします。

携帯電話の電源オフあるいはマナーモード設定にご協力ください。

また、質疑応答の際には、ご質問のある方は、会場のスタンドマイクをお使いください。

ただいまより、一般社団法人日本健康・栄養システム学会の平成22年度老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進等事業分)「高齢者の食べることを支援する効果的な栄養・食事サービスの確保等に関する調査研究班」による、<高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム指導者研究会>を開催いたします。

なお、開催に当たり、公益法人 全国老人福祉施設協議会、社団法人 全国老人保健施設協議会、一般社団法人 日本慢性期医療協会、社団法人 北海道栄養士会のご協力を頂いております。

はじめに、日本健康・栄養システム学会理事長 岐阜大学医学部名誉教授 武藤泰敏先生より、開会のご挨拶がございます。

10:30～10:40 開会の挨拶

10:40～10:50 《全体アナウンス》

それでは、講義を始める前に、皆様にお願いのアナウンスをさせていただきます。
研修開始前に自己評価アンケートへのご協力のメールをさせて頂いておりますが、まだ、インターネット上の自己評価アンケートにご解答頂いていない方は、教材の p 230 ページに研修前に記載して頂くアンケート用紙がございますので、ご依頼状を読み頂き、ご承諾頂きましたら早めに現在の状況のご回答をお願いいたします。また、ご回答いただきました用紙はそのままお持ち帰り頂き、ご自身のコンピューターから必ずサイト上にある自己評価アンケートに、本日の回答結果にそってご入力下さいますようお願い致します。ご質問がございましたら、お休み時間に受付の菊一さんにお問い合わせくださいますようお願いいたします。

また、本指導者研修大会に対するご意見を記載していただくアンケート用紙も p 233 にあります。2 日目お帰りの折に受付の回収箱にお入れ下さい。今後の研修会のためにご協力いただけますようお願いいたします。

10:50～11:35

第 I 部の＜高齢者の『食べること』を支援することの大切さ＞の講義を始めさせていただきます。

本日の最初の講義は、「夢の長寿社会の実現のために一チームで支える食べることの大切さ」で、講師は、本研究班委員長で名古屋学芸大学学長の、井形昭弘先生です。

なお、講師略歴は教材の p 16 にございます。またパワーポイントは、教材 23 ページ、解説は 47 ページをご参照ください。

11:35～11:40 質問

井形先生のご講義について、ご質問がありましたらお願いいたします。
会場内のスタンドマイクをご利用いただき、ご所属とお名前をはじめをお願いいたします。

11:40～12:25

本日の最初の講義は、「高齢者の臨床栄養（1）－低栄養状態を知ろう」で、講師は、高齢者臨床栄養プログラム班長で、椋山女学園大学教授 加藤昌彦先生です。

なお、講師略歴は教材の p 16 にございます。また加藤先生の講義のパワーポイントは 57 ページから、解説は 67 ページからです。また手引書に付いているDVDにも加藤先生のご講義が収録されておりますのでご活用ください。

12:25～13:25 《全体アナウンス》

これより昼食休憩を 1 時間とらせていただきます。なお、ホール内での飲食は禁止となっております。

お席には、13 時 30 分までにお戻り下さいますようお願いいたします。

13:25～14:10

それでは午前に引き続き、加藤先生に「高齢者の臨床栄養（2）－経管栄養法と口から食べることへの移行のために」の講義をお願いします。ご質問は、講義の後に時間をとらせていただきます。

なお、本講義のパワーポイントは 73 ページから、解説は、85 ページからとなります。ご参照ください。それでは加藤先生よろしくようお願いいたします。

14：10～14：20 質問

加藤先生の2つのご講義について、ご質問がありましたらお願いいたします。
会場内のスタンドマイクをご利用いただき、ご所属とお名前をはじめをお願いいたします。

まだ、ご質問がある方もいらっしゃるかと思いますが、お休み時間を利用して、加藤先生に是非ご質問下さい。加藤先生よろしくお願いいたします。

.....
14：20～15：05

それでは、第Ⅱ部「高齢者の食べることの支援に参加するために:栄養ケア・マネジメントのポイントを考える」です。講師は、研修プログラム委員長で、神奈川県立福祉大学教授の杉山みち子先生です。

パワーポイントは、教材 91 ページ、解説は 111 ページをご参照ください。又、詳細な栄養ケア・マネジメントの手順や事例は、DVD付きの手引書をご参照ください。

.....
15：05～15：10 《質疑・応答》

ただいまの講義についてご質問がありましたらお願いいたします。会場内のスタンドマイクをご利用いただき、ご所属とお名前をはじめをお願いいたします。

まだ、ご質問がある方もいらっしゃるかと思いますが、お休み時間を利用して、個人的に是非ご質問下さい。

.....
15：10～15：20 《全体アナウンス》

今から、10分間の休憩とさせていただきます。次は、15:20 からです。

.....
15：20～16：30

次に第Ⅲ部「摂食・嚥下障害と栄養ケア・マネジメント～病者用食品（総合栄養食品）、えん下困難者用食品を含めて」です。講師は、摂食・嚥下プログラム班長で、静岡県立大学教授の合田敏尚先生です。

パワーポイントは、教材 121 ページ、解説は 141 ページをご参照ください。又、平成 22 年度発行の薄い手引書、ならびに厚い摂食・嚥下障害の手引書もご参照ください。

.....
16：30～16：40

ただいまの講義についてご質問がありましたらお願いいたします。会場内のスタンドマイクをご利用いただき、ご所属とお名前をはじめをお願いいたします。

まだ、ご質問がある方もいらっしゃるかと思いますが、お休み時間を利用して、個人的に是非ご質問下さい。

16 : 40～17 : 00

明日のワークショップのための課題のご説明と、実習のあり方や自己評価アンケートなどについて、研修プログラム委員長の杉山先生からご説明があります。

なお、明日の課題提出のためのポストイットをまわしますので、一人 5 枚を必ずお持ち帰りください。提出は、朝、受付の事例別回収箱にお入れくださいますようお願いいたします。

では、杉山先生宜しくお願ひ致します。

.....

17 : 00～

本日の講義はこれで終了となりますが、最後に北海道栄養士会の山部秀子会長より、ご挨拶がございます。

.....

17 : 05～

皆様、本日は 1 日お疲れ様でした。どうかお気をつけてお帰りください。明日は 10:30 分からの開始でございます。本日はありがとうございました。

◆進行2日目

10:29

おはようございます。皆様、事例のポストイットは受付の回収箱に入れられましたか？
お忘れの方は午前中のお休み時間までに必ずお入れください。

それでは、平成 22 年度 高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム指導者
研修会の 2 日目を始めさせていただきます。

.....
10:30～11:15

第IV部は「認知症高齢者の栄養ケア・マネジメント」です。講師は、認知症プログラム班長で、
特別養護老人ホームふれあいの森栄養管理課長の田中和美先生です

パワーポイントは、教材 151 ページ、解説は 169 ページをご参照ください。又、平成 22 年
度発行の薄い手引書、ならびに厚い摂食・嚥下障害、認知症の手引書もご参照ください。

.....
11:15～11:20

ただいまの講義についてご質問がありましたらお願いいたします。会場内のスタンドマイク
をご利用いただき、ご所属とお名前をはじめにお願いいたします。

まだ、ご質問がある方もいらっしゃるかと思いますが、お休み時間を利用して、個人的に
是非ご質問下さい。

.....
11:20～12 : 05

第V部は「エンド・オブ・ライフの栄養ケア・マネジメント」です。講師は、エンド・オブ・ライ
フ班長で、聖路加看護大学准教授の梶井文子先生です。

パワーポイントは、教材 177 ページ、解説は 191 ページをご参照ください。厚い摂食・嚥下
障害、認知症・エンド・オブ・ライフの手引書もご参照ください。

.....
12:05～12:10

ただいまの講義についてご質問がありましたらお願いいたします。会場内のスタンドマイク
をご利用いただき、ご所属とお名前をはじめにお願いいたします。

まだ、ご質問がある方もいらっしゃるかと思いますが、お休み時間を利用して、個人的に
是非ご質問下さい。

.....
12:10～13:10 《全体アナウンス》

これより昼食休憩を 1 時間とらせていただきます。なおホール内は飲食禁止となっております。

なお、午後の部は、13:10 から開始いたします。

<事例検討者・講師ワークショップ打ち合わせ> →控え室へ

13:10～13:15

では、午後の部をはじめさせていただきます。初めに、研修プログラム委員長の杉山先生から、ワークショップの進め方について説明をしていただきます。

杉山先生：ワークショップの進め方説明・確認

.....

13:15～13:20

では、事例検討のために、ご参加頂いた皆様のなかから2チームの方を壇上にお呼びしたいと思います。

まず、事例Bの「摂食嚥下障害の事例」についてご検討いただきます。

参加されたメンバーと職種数が、今回最も多かったため、急遽事例検討をお願いいたしました。では、メンバーの職種とお名前を紹介させていただきます。

.....

以上の皆様でお願いいたします。では、30～40分間のご検討をお願いいたします。

.....

13:20～14:05

事例B「摂食嚥下障害の事例」のご検討を頂きます。

皆様ありがとうございました。

.....

14:05～14:45

次に事例D「エンド・オブ・ライフの事例」のご検討を頂きます。

以上の皆様です。では、約30～40分間のご検討をお願いいたします。

.....

事例Dの検討

皆様ありがとうございました。

.....

14:45～15:00（検討が早めに終われば順次時間を早める）

では、15分間休憩を取り、15:00から開始いたします。（早めに終われば終わらせる）

.....

15:00～16:00

各事例担当者から約10分間ずつ、皆様からご意見の集約とポイントの解説をさせていただきます。

.....

16:00～16:30

実習の進め方と自己評価への今後の協力について杉山先生から、その後、一般社団法人日本健康・栄養システム学会事務局長 小山秀夫先生からのご挨拶と関連説明をしていただきます。

.....

16:30-

では、閉会のご挨拶を、委員長の 名古屋学芸大学学長 井形昭弘先生にお願いいたします。

.....

16 : 35～ 《全体アナウンス》

本日は、研修会にご参加いただき、誠にありがとうございました。
お忘れ物のないようにお帰りください。また、講義終了後の自己評価アンケートに回答して、インターネット上のサイトに必ず登録してください。
また、研修全体に関するアンケートは受付の回収箱にお入れください。
では、実習終了後の自己評価アンケート調査にもご協力くださいますよう、宜しくお願いいたします。

平成 22 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進等補助金）
高齢者の「食えること」を支援する効果的な栄養・食事サービスの確保等に関する調査研究
—高齢者の「食えること」を支援するための栄養ケアチーム指導者研修会とその評価—

2011 年 3 月発行

一般社団法人日本健康・栄養システム学会

〒111-0053 東京都台東区浅草橋 2-21-5 クレア 201

Tel : 03-5159-0365 fax : 03-5829-6679

e-mail : ncm@j-ncm.com