平成 23 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）

「在宅高齢者に対する効果的な栄養・食事サービスの確保に関する調査研究事業」報告書

－在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修会とその評価―

平成 24 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おります。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、まず一歩踏み出し、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、口腔機能の向上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プログラムや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ケア･マネジメント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、在宅高齢者の栄養ケア・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、本事業において昨年の全国 4 箇所での施設・病院に対する栄養ケアチーム指導者研修に加えて、全国６箇所で実施した在宅高齢者の栄養ケアチーム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 23 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
在宅高齢者に対する効果的な栄養･食事サービスの確保に関する調査研究事業

委員長　井形 昭弘

目　　次

研 究 概 要 ····· 1

Ⅰ．　在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修会
　　プログラム ····· 11

Ⅱ．在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修会の評価 ····· 19

Ⅲ．　ワークショップ：地域高齢者の「食べること」を支援するための
　　栄養ケアチームの事例検討 ····· 37

Ⅳ．　在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの展開のための
　　課題解決に向けての提言 ····· 39

資料　　研修プログラム（全国 6 箇所）
　　自己評価表
　　応募要項、宣伝紙
　　運営マニュアル
　　在宅高齢者の「食べること」を支援する栄養ケアチーム研修教材

研究概要

在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対応が求められている。在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や栄養ケア・マネジメントを担う管理栄養士の育成のための臨床栄養師研修制度の推進によって、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的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。さらに、平成22年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金の交付を得て、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、全国4か所において施設及び居宅サービスにおいて高齢者の「食べること」の支援を担う専門職の研修・評価体制の基盤づくりのために栄養ケアチーム指導者研修事業及び評価調査を行った。さらに本年度は、在宅高齢者のための栄養ケアチームの構築をめざした研修教材を作成し、全国6箇所において高齢者ケアに関わる多職種を対象とした栄養ケアチーム研修事業及びその評価を通じて、在宅高齢者の「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．「在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修」プログラムが作成された。当該プログラムのゴールは、在宅高齢者の「食べること」を支援する栄養ケアチームの推進とし、さらに、在宅高齢者の「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、栄養ケア・マネジメントの基本的手順の理解、低栄養、摂食・嚥下障害、認知症やエンド・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在宅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、在宅栄養ケアチームの構築や推進のための活動手順等に関する 22 の達成目標を設定した。プログラムは１日間の在宅高齢者の栄養ケアチームの理念と意義、低栄養、摂食・嚥下障害、認知症、エンド・オブ・ライフに関する栄養・食事のアセスメントと計画の基本と事例紹介、２日目は在宅栄養ケアチームの構築と取り組み、ワークショップ形式による多職種による摂食嚥下障害と認知

症やエンド・オブ・ライフの在宅高齢者模擬事例検討、シンポジウム形式による在宅高齢者のための栄養ケアチーム構築と推進のための課題検討から構成された。事例検討は、チームワークよく活発に意見交換が行われ、各地域で公私にわたり交流しながら栄養ケアチームを発展させる起点となることが期待された。さらに、自己施設において研修生が他職種と在宅栄養ケアチーム体制づくりに踏み出すための課題と実践について当該研修に参加していない多職種との意見交換や検討会議を実際に実践しレポート作成を行う実習 10 時間を追加し、実習後の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。

２．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174頁　資料参照）ならびに平成22年度の研究成果から平成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、認知症高齢者、終末期の栄養ケア・マネジメントの手引書、全257頁）、なお、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及び厚生労働省介護予防栄養改善マニュアル（班長　杉山）と、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（全263頁）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在宅高齢者の事例検討の成果や在宅栄養ケアチームの推進のための課題検討のための事例が作成された。

３．研修プログラムは、名古屋（大会長　山中克己　名古屋学芸大学教授、名古屋学芸大学、平成 23 年 10 月 8 日、9 日）、青森（大会長　吉池信男　青森県立保健大学教授、平成 23 年 10 月 15 日、16 日）、広島（大会長　宇田淳　広島国際大学教授、広島国際大学、平成 23 年 11 月 19 日、20 日）、神戸（大会長　小山秀夫　兵庫県立大学教授、兵庫県立大学、平成 23 年 12 月 3 日、4 日）、熊本（大会長　小山和作　日本赤十字社熊本健康管理センター名誉所長、熊本県立大学、平成 23 年 12 月 10 日、11 日）、東京（大会長　大木和子　昭和女子大学教授、昭和女子大学、平成 23 年 1 月 21 日、22 日）の 6 箇所において実施した。前年度の 4 箇所（札幌、東京　静岡、福岡）を加えて全国 10 箇所に栄養ケアチームの実践活動や研修を今後展開する基盤できる病院、施設や事業所が設置できた。

４．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 22 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）、各研修大会開始時に参加者に運営担当委員が説明を行い、当該研修参加前、2 日間の講義を終了し、その後 10 時間の自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者後に参加者が自己評価アンケート用紙に記載し、ＦＡＸによって事務局が回収し、研修の評価をおこない、以下の結果を得た。

１）参加登録者は全国 6 会場であわせて 475 名であった。職種別にみた属性の特徴は、多い順に、管理栄養士 263 名（55.4%）、看護師 43 名（9.1%）、栄養士 26 名（5.5%）、歯科衛生士 24 名（5.1%）等であった。参加職種は多岐にわたり、これらの 4 職種に加えて 25 職種みられ、合わせると 29 職種の参加がみられた。多職種からの在宅における栄養ケアチームへの関心の高さと、多職種と協同する研修へのニーズの高さが示された。

２）１）の参加登録者のうち 2 日間の講義を終了し、その後 10 時間の自施設における実習を行いレポートを提出したのは 161 名（全参加者のうち 33.9%）であり、このうち自己評価アンケートに回答したのは 127 名（参加者の 26.7%）であった。127 名の属性は、女性 119 名（93.7%）、男性 4 名（3.1%）であった。性別では、9 割以上が女性であった。職種では多い順に、管理栄養士 95 名（74.8%）、介護支援専門員 10 名（7.9%）、介護福祉士 6 名（4.7%）、看護師 5 名（3.9%）、歯科衛生士 4 名（3.1%）、医師 1 名（0.8%）、言語聴覚士 1 名（0.8%）等であった。職種別に、参加者に占める実習修了者の回答状況は、介護支援専門員 62.5%、介護福祉士 42.9%、管理栄養士 36.1%、歯科衛生士 16.6%、看護師 11.6%等であった。自施設での実習とレポート提出は、個人の努力のみでは難しいことが伺えた。栄養ケアチームが機能し活躍するためにも、組織変革などの、組織としての取り組みの必要性があるといえる。

３）自己評価アンケートに回答した 127 名について、研修前及び修了後について比較検討を行ったところ、２２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」（「大いに関わりたい」と「関わりたい」）者の割合に増加がみられた。一方、「できない」（「関わりたくない」）者の割合は、２２項目中８項目でゼロになった。残りの項目においても、「できない」（「関わりたくない」）は、数パーセントに減少がみられた。研修後に「よくできる」「できる」（「大いに関わりたい」「関わりたい」）の割合が７割を超えた項目は、２２項目中１７項目みられた。その中でも９割を超えた項目は 2 項目みられ、それらは、評価項目２．あなたは、在宅高齢者・家族・関連職や研修生に、「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？と、評価項目９．あなたは、在宅高齢者・家族・関連職や研修生に、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？であったことより、本研修の目的である在宅高齢者の「食べること」を支援する知識を習得し、態度の変容がみられ、実習を通して行動の変容がみられたことが示唆された。

４）研修前に、「よくできる」と「できる」を合わせた割合が 3 割に満たなかった項目は、５項目みられた。それらは、評価項目１６～評価項目２０であり、栄養ケア・マネジメントのマネジメントに関する項目が多くみられた。これらの項目においても、研修修了後は、２～３倍以上の伸びで、いずれも「よくできる」と「できる」を合わせた割合が５０%を超えたことより、苦手意識のある項目においても本研修による達成感が得られ、研修プログラムの有効性が示されたといえる。

５）本研修のゴールは、医療・介護サービスにおいて、在宅高齢者の「食べること」を支援

する栄養ケアチームの一員となることを目指して、２２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、在宅という場の特徴をいかした在宅高齢者の「食べること」を通した、高齢者のＱＯＬや個別性の重視、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、低栄養状態の把握方法、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、地域資源の活用や連携について、いずれも高い効果が認められた。

５．本事業は、参加者が在宅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、今後の在宅高齢者のための栄養ケアチームの推進を各地域において図ることを目的にしたものである。各地で開催された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や医療福祉経営系学部の教員が学生とともに絶大なパワーを発揮した。また、プログラムの最後では、医療福祉経営、在宅医療　地域ケアマネジメント、公衆栄養、臨床栄養、栄養行政などの専門家や在宅訪問看護や栄養ケア・マネジメントの実践家等 14 名が在宅高齢者の栄養ケアチームのための課題解決と展開に向けての提言を行った。質疑応答でも、多職種がマイクを手に取った。それは、多くの参加者が在宅高齢者の食べることを支援するための「職種協働」の意味を理解した瞬間でもあった。逐語録に基づいてその後課題とその解決についての論点を明確にしたうえでの検討を行った。この研修終了後、地域の在宅高齢者の栄養ケアチーム体制づくりの課題と実践について自施設で多職種による検討を行い、レポートを作成することを義務づけた。それは、今後の個々の参加者自身が地域における在宅高齢者のための栄養ケアチームの構築に向けての踏み出すための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。特徴のある事例についてその概要を報告した。井形昭弘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協働が、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）国民的な在宅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、さらに地域には買い物難民と言われる「食べること」の支援の必要な高齢者が多数いる。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）地域で活動する管理栄養士は、ごくわずかにすぎないが、今後国が進める地域包括ケアシステムに地域で活動する管理栄養士の量を増やすとともに、質を向上させることが不可欠であることから、介護保険システム全体の中で地域の栄養施策の再検討が必要である。
６）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。

６．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//wwwj-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在宅高齢者のための栄養ケアチームの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、在宅高齢者の「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２３年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）在宅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

統括管理担当　小山　秀夫　兵庫県立大学大学院教授

居宅研修プログラム作成及び運営小委員会長

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　社会福祉法人渓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　椙山女子大学教授

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

認知症プログラム班長　　田中　和美　大和市健康福祉部健康づくり推進課

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

協力委員

高田和子　　独立行政法人国立健康・栄養研究所室長
野中　博　　東京都医師会会長
木村隆次　　日本介護支援専門員協会会長
太田貞司　　神奈川県立保健福祉大学教授
岡田希和子　名古屋学芸大学講師
菊谷　武　　日本歯科大学教授
草間かおる　山口県立大学准教授
山下茂子　　水俣市立総合医療センター
江頭文江　　地域栄養ケアPEACH厚木代表
佐藤悦子　　愛全診療所
奥村眞理子　東京ふれあい医療生協　梶原診療所

研修大会長

名古屋大会長		山中克己	名古屋学芸大学教授
	協力	田村　明	名古屋学芸大学教授
		徳留裕子	名古屋学芸大学教授
		立花万斗花	名古屋学芸大学
青森大会長		吉池信男	青森県立保健大学教授
	協力	清水亮	青森県立保健大学講師
		高田健人	青森県立大学大学院

広島大会長	宇田　淳	広島国際大学教授
協力	服部建大	広島国際大学助教
神戸大会長	小山秀夫	兵庫県立大学大学院教授
協力	伊達ちぐさ	兵庫県立大学教授
	太田久彦	神戸松蔭女子学院大学教授
熊本大会長	小山和作	日本赤十字社熊本健康管理センター名誉所長
協力	福島英生	熊本県立大学教授
	山下茂子	国保水俣市立総合医療センター栄養課長
	若木陽子	熊本日赤健康管理センター
東京大会長	大木和子	昭和女子大学教授
協力	高田和子	独立行政法人国立健康・栄養研究所室長
協力	堤ちはる	日本子ども家庭総合研究所部長
その他講師等	田村文誉	日本歯科大学准教授
	横山紀美代	熊本第一病院訪問看護師
	水島美保	山口内科医院管理栄養士

学会事務局　会計担当　駒形公大　　事業補助員　尾関麻衣子

教材作成協力委員

平成２３年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）在宅高齢者に対する効果的な栄養・食事サービスの確保に関する調査研究事業（委員長　井形昭弘　名古屋学芸大学学長）　在宅高齢者の「食べること」を支援する栄養ケアチーム研修会　教材

Ⅰ．居宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの実際と管理栄養士の居宅栄養ケア・マネジメント

江頭文江（地域栄養ケア PEACH 厚木　代表）

（研修時追加教材）

佐藤悦子（社会福祉法人同胞互助会　愛全診療所・居宅療養管理指導）

奥村眞理子（東京ふれあい医療生協　梶原診療所）

Ⅱ．「食べること」を支援するための口腔・嚥下機能の評価と栄養ケアチーム

菊谷武（日本歯科大学　教授）

Ⅲ．地域高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの事例

１．認知症・摂食・嚥下障害の取り組み事例

佐藤悦子（社会福祉法人同胞互助会　愛全診療所・居宅療養管理指導）

２．エンド・オブ・ライフの事例

奥村眞理子（東京ふれあい医療生協　梶原診療所）

座長　　野地有子（千葉大学大学院看護学研究科　教授）

討論者　　恒川幸子（東京ふれあい医療生協梶原診療所　医師）

山川治　（甲斐歯科医院院長　前橋赤十字病院摂食・嚥下・胃瘻外来歯科医師）

小暮和歌子（東京ふれあい医療生協　ふれあい訪問看護ステーション所長　看護師・介護支援専門員）

飯田まり子（東京ふれあい医療生協　梶原診療所介護相談センター主任　介護支援専門員）

橋本愛　（訪問言語リハビリ「ことのは」代表　言語聴覚士）

Ⅳ．　居宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの展開のための課題解決と展開に向けての討議

介護保険制度の見直しと地域ケアの重要性　小山秀夫（兵庫県立大学大学院教授）

医療・介護サービスの連携について　野中博（東京都医師会会長）

ケアマネジメントとの連携について　木村隆次（日本介護支援専門員協会会長）

チーム構築の課題と解決について　太田貞司（神奈川県立保健福祉大学教授）

後援団体

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

広島大会

一般社団法人　岡山県薬剤師会･社団法人　愛媛県医師会･社団法人　愛媛県薬剤師会・社団法人　岡山県栄養士会・社団法人　岡山県看護協会・社団法人　広島県医師会・社団法人　広島県栄養士会・社団法人　広島県看護協会・社団法人　広島県薬剤師会・社団法人　香川県医師会・社団法人　香川県薬剤師会・社団法人　高知県栄養士会・社団法人　高知県薬剤師会・社団法人　山口県医師会・社団法人　山口県栄養士会・社団法人　山口県薬剤師会・社団法人　鳥取県医師会・社団法人　鳥取県薬剤師会・社団法人　島根県看護協会・社団法人　島根県薬剤師会・社団法人　徳島県医師会・社団法人　徳島県看護協会・社団法人　徳島県薬剤師会

神戸大会

社団法人　兵庫県栄養士会・社団法人　兵庫県民間病院協会

東京会場

一般社団法人　神奈川県介護福祉士会・一般社団法人　神奈川県作業療法士会・社団法人　埼玉県歯科医師会・社団法人 埼玉県歯科衛生士会・社団法人　埼玉県理学療法士

会・社団法人　神奈川県栄養士会・社団法人　神奈川県歯科医師会・社団法人　神奈川県薬剤師会・社団法人　神奈川県理学療法士会・社団法人　千葉県医師会・社団法人　千葉県看護協会・社団法人　千葉県歯科医師会・社団法人　千葉県歯科衛生士会・社団法人　千葉県薬剤師会・社団法人　東京都医師会・社団法人　東京都栄養士会　社団法人東京都看護協会・社団法人　東京都薬剤師会・千葉県言語聴覚士会・東京都言語聴覚士会　東京都作業療法士会・特定非営利活動法人　埼玉県介護支援専門員協会 特定非営利活動法人　神奈川県介護支援専門員協会・特定非営利活動法人　神奈川県歯科衛生士会・特定非営利活動法人　千葉県介護支援専門員協議会　特定非営利活動法人　東京都介護支援専門員研究協議会　特定非営利活動法人・東京都介護福祉士

Ⅰ．在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修プログラム

居宅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　社会福祉法人渓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　椙山女子大学教授
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
認知症プログラム班長　　田中　和美　神奈川県大和市　健康福祉部
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年間に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、22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、在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、在宅高齢者の「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）

在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修プログラムの作成は、委員長　井形昭弘（委員長　名古屋学芸大学学長,当該学会理事）のもと統括管理担当(小山秀夫　兵庫県立大学大学院教授、当該学会事務局長)を配置し、「居宅研修プログラム作成小委員会」（小委員会長　杉山みち子　神奈川県立保健福祉大学教授　当該学会理事、運営担当）のもとに行われた。本小委員会には、「初期プログラム班」(班長　星野和子社会福祉法人渓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」(班長　加藤昌彦　椙山女子大学教授)、「摂食・嚥下障害に関するプログラ班」(班長　合田敏尚　静岡県立大学教授)、「認知症班」(班長　田中和美　神奈川県大和市　健康福祉部)、「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）を設置した。

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た。

１）　対象者

対象者は、高齢者医療、介護サービスに携わる医師、歯科医師、薬剤師、看護職、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、介護福祉士等の専門職とした。

２）　ゴールと２２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22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）を通じて在宅栄養ケアチームの推進のための課題解決をはかり、その推進の達成をめざすことができるようにした。

在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修のゴールと目標

ゴール　在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームを推進できる
1．在宅高齢者･家族･関連職や研修生に、「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る
2．あなたは、在宅高齢者･家族･関連職や研修生に、「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る
3．あなたは、在宅高齢者・家族、関連職や研修生に、栄養ケア・マネジメントの意義と概要を説明できる
4．あなたは、在宅高齢者・家族、関連職や研修生に、「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る
5．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
6．あなたは、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、栄養ケアチームにとって、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る
7．あなたは、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、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る
8．あなたは、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、高齢者に対する経腸栄養法についての概要が説明できる
9．あなたは、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、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る
10．あなたは、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、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の説明ができる
11．あなたは、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、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る
12．あなたは、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、認知症の食事中の 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る
13．あなたは、在宅高齢者や家族、関連職や研修生にエンド･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る
14．あなたは、在宅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ができる
15．あなたは、在宅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できる
16．あなたは、在宅高齢者や家族が在宅でできる「食べること」の支援計画を作成して教育することができる

17. あなたは、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、地域の栄養・食事サービスに関する体制や活用できる資源やそれらの情報の調べ方について説明できる
18. あなたは、在宅栄養ケア・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る
19. あなたは、在宅栄養ケアチームの構築や推進のために必要な人や情報を「つなぐ」ことができる
20. あなたは、在宅栄養ケアチームの構築や推進のための活動手順（評価を含む）は説明できる
21. あなたは、在宅栄養ケアチームに関わりたいと思う
22. あなたは、在宅栄養ケアチームの指導・研修に関わりたいと思う

3） 構造

プログラムは、在宅高齢者の「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、在宅高齢者の低栄養状態の摂食嚥下障害と認知症およびエンド･オブ･ライフの２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ワークショップ、シンポジウム形式による医療福祉経営、在宅医療地域ケア・マネジメント、公衆栄養、栄養行政などの専門家による在宅高齢者の栄養ケアチームのための課題解決と展開に向けての提言によって構成した。その後、個々の参加者自身が地域における在宅高齢者のための栄養ケアチームの構築に向けて踏み出すための検討を自施設における他職種と検討しレポート作成をすることを実習とした。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 30～45 分間の講義とその後 10 分間の質疑応答とした（但し、領域Ⅲは病者用食品（総合栄養食品、嚥下困難者用食品を含めて）その後 10 分間の質疑応答とした。

領域Ⅰ 高齢者の「食べること」を支援すること大切さ

―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イ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した。

(1)高齢者の臨床栄養－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、看護者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、介護職に啓発することを目指した。

(2)高齢者の臨床栄養－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した。

領域Ⅱ　高齢者の栄養ケア・マネジメントの基礎

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として、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チームで取り組むことを目指した。

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）

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した。

領域Ⅳ　認知症高齢者の栄養ケア・マネジメント－認知症高齢者の食事中の 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した。

領域Ⅴ　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した。

領域Ⅵ　在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの実際

地域栄養ケアチームを構築・展開している事例からその仕組みづくりと具体的な顔の見える連携体制、実際の在宅高齢者の症例を通じた取り組みの経過を学び、実践的活動に活用することを目指した。

領域Ⅶ　「食べること」を支援するための口腔・嚥下機能の評価と栄養ケアチーム

在宅高齢者の摂食･嚥下機能評価の意義とその実際を事例や映像教材を通じて学び､医師、歯科医師、言語聴覚士、歯科衛生士と連携した栄養ケアチームの構築を目指した。

領域Ⅷ　地域高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの事例

ワークショップ形式による。進め方は、２つの事例（在宅高齢者の認知症・摂食嚥下障害及びエンド・オブ・ライフ）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、専門性を生かした症例検討ができることを目指した。

その構成は、①進め方の確認（５分)、②２事例の説明（各１０分)、③チームによる事例の討議（４５分)、④グループ発表・討議（３０分)、⑤全体討議、座長及び事例提供者によるまとめと解説（１０分）であった。

領域Ⅸ　在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの展開のための課題解決と展開に向けての討議

シンポジウム形式による医療福祉経営、在宅医療　地域ケアマネジメント、公衆栄養、栄養行政などの専門家の其々が在宅高齢者の栄養ケアチームのための課題解決と展開に向けての提言を行い、参加者自身が栄養ケアチームを構築し推進に向けて踏み出すという認識を高めることを目指した。

(3)　実施場所

研修プログラムは、名古屋（大会長　山中克己　名古屋学芸大学教授、名古屋学芸大学、平成 23 年 10 月 8 日、9 日)、青森（大会長　吉池信男　青森県立保健大学教授、平成 23 年 10 月 15 日、16 日)、広島（大会長　宇田淳　広島国際大学教授、広島国際大学、平成 23 年 11 月 19 日、20 日)、神戸（大会長　小山秀夫　兵庫県立大学教授、兵庫県立大学、平成 23 年 12 月 3 日、4 日)、熊本（大会長　小山和作　日本赤十字社熊本健康管理センター名誉所長、熊本県立大学、平成 23 年 12 月 10 日、11 日)、東京（大会長　大木和子　昭和女子大学教授、昭和女子大学、平成 23 年 1 月 21 日、22 日）の 6 箇所において実施した。

(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、2 日間の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・技術や形成された認識や価値観に基づいて、在宅高齢者の栄養ケアチーム体制づくりの課題と実践について、他職種（１名以上）の協力を得て、レポート作成（１０時間に相当）を通じて、参加者自身が、参加しなかった関連職種とともに地域の在宅高齢者のための栄養ケアチーム構築に向けて踏み出す事を目指した。

レポートは、Ａ４用紙２枚まで（Microsoft Word で作成するのが望ましい）とし、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在宅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 24 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が期待される。

Ⅱ．在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修会の評価

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
居宅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
運営協力委員　高田和子　国立健康・栄養研究所室長
名古屋大会長　山中克己　名古屋学芸大学教授
青森大会長　吉池信男　青森県立保健大学教授
広島大会長　宇田　淳　広島国際大学教授
神戸大会長　小山秀夫　兵庫県立大学大学院教授
熊本大会長　小山和作　日本赤十字社熊本健康管理センター名誉所長
協力委員　伊達ちぐさ　兵庫県立大学教授
山下茂子　国保水俣市立総合医療センター栄養課長
草間かおる　山口県立大学准教授
東京大会長　大木和子　昭和女子大学教授

１．はじめに

在宅高齢者の「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 6 箇所において実施された在宅高齢者の「食べること」を支援する栄養ケアチーム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 23 年 10 月～平成 24 年 1 月に名古屋、青森、広島、神戸、熊本、東京の 6 会場で開催された平成 23 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）居宅高齢者に対する効果的な栄養･食事サービスの確保に関する調査研究事業（委員長　井形昭弘　名古屋学芸大学学長）；居宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修に参加した高齢者医療、介護サービスに携わる医師、歯科医師、薬剤師、看護職、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、介護福祉士等の専門職であった。

なお、対象者となる当該研修参加者の募集は、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の 3 団体、及び開催地の関連職能団体会員、市町村高齢者保健福祉担当者、地域包括ケアセンター担当者に

ホームページ、メール、郵送などを通じて行い、メールによって参加登録した（資料参照）。

対象者のうち分析対象となる者は、2 日間の講座及び実習（内容の詳細はⅠ章参照）終了後レポートを提出し、大会開始時の事務局からの協力依頼書（資料参照）を用いた説明後に、各自の自由意志によって研修開始前、講座終了後、実習終了後の 3 回全ての自己評価アンケート(資料参照)に回答した者であった。

２．研修プログラムと自己評価アンケート

研修プログラムの詳細は前章において解説した。自己評価のためのアンケート票（資料３）は、「研修事業調査評価小委員会」（小委員会長　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（利用者）数、法人種、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)、22 項目の評価基準（資料参照)、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について研修前、講座終了後、実習終了後の全 3 回回答し、FAX によって事務局に送付できるようにした。

３．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い高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの実態を明らかにした。さらに、初回～第 3 回までの複数回解答者に対しては、評価基準 22 項目への回答の変化から縦断的に当該研修の有効性を検討した。

４．倫理的配慮について

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（番号 23－31)。

３．評価結果

１）研修会参加者の属性

参加登録者は全国 6 会場であわせて 514 名が参加登録し、実際の参加者は 475 名（参加率　92.4%)であった。職種別には、表 1 a に示すように、管理栄養士 263 名（55.4%)、看護師 43 名（9.1%)、栄養士 26 名（5.5%)、歯科衛生士 24 名（5.1%)、介護支援専門員 16 名（3.4%)、介護職員 15 名（3.2%)、介護福祉士 14 名（2.9%)、言語聴覚士 8 名（1.7%)、教職員 7 名（1.5%)、薬剤師 5 名（1.1%)、施設長 5 名（1.1%)、歯科医師 5 名（1.1%)、医師 3 名（0.6%)、調理員 3 名（0.6%)、理学療法士 3 名（0.6%)、作業療法士 2 名（0.4%)、ホームヘルパー2 名（0.4%)、社会福祉士 2 名（0.4%)、准看護師 2 名（0.4%)、助手 2 名（0.4%)、その他 1 名ずつの参加職種者は、コーディネ

ーター、サービス提供責任者、外部評価事業責任者、機能訓練士、研究員、事務長、事務長補佐、調理師、保健師であった。

２）研修会修了者の属性

2 日間の講義を終了し、その後 10 時間の自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 161 名（参加者の 33.9%）のうち、研修開始前、講座終了後、実習終了後の 3 回全ての自己評価アンケート(資料参照)に回答したのは 127 名（修了者の 78.9%）であった。この 127 名の属性は、表 1 b に示すように、女性 119 名（93.7%）、男性 4 名（3.1%）であった。

職種では多い順に、管理栄養士 95 名（74.8%）、介護支援専門員 10 名（7.9%）、介護福祉士 6 名（4.7%）、看護師 5 名（3.9%）、歯科衛生士 4 名（3.1%）、医師 1 名（0.8%）、言語聴覚士 1 名（0.8%）等であった。

所属施設では多い順に、介護老人福祉施設 37 名（29.1%）、介護老人保健施設 24 名（18.9%）、一般病院 16 名（12.6%）、ケアミックス型病院 6 名（4.7%）、介護療養病床 5 名（3.9%）、介護支援事業所 5 名（3.9%）、診療所 3 名（2.4%）、歯科診療所 3 名（2.4%）、市町村 3 名（2.4%）、通所介護事業所 2 名（1.6%）、訪問介護事業所 2 名（1.6%）等であった。また 1 名の参加がみられたのは、医療療養病床、回復期リハビリテーション病院、通所リハビリテーション事業所、訪問看護事業所、地域包括支援センターであった。地域における在宅高齢者を対象にした本研修への参加者の所属施設は多岐にわたっていたことが示された。

３）22 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、研修会修了者 127 名について、研修前および研修修了後について比較検討を行った。

評価項目１．あなたは、在宅高齢者・家族・関連職や研修生に、「食べること」を通じて、高齢者の１人１人の自己実現を目指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 52.8%であったが、研修後は 89.0%であった。一方、「できない」は、研修前は 9.4%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、在宅高齢者・家族・関連職や研修生に、「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 63.0%であったが、研修後は 92%であった。一方、「できない」は、研修前は 7.1%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、在宅高齢者・家族・関連職や研修生に、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 46.4%であったが、研修後は 81.1%であった。一方、「できない」は、研修前は 14.2%みられたが、研修後は 0.8%であった（図 1a(3)）。

評価項目４．あなたは、在宅高齢者・家族・関連職や研修生に、「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 50.4%であったが、研修後は 85.8%であった。一方、「できない」は、研修前は 14.2%みられたが、研修後はゼロであった（図 1a(4)）。

評価項目５．あなたは、胃瘻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 31.5%であったが、研修後は 70.9%であった。一方、「できない」は、研修前は 19.7%みられたが、研修後は 3.9%であった（図 1a(5)）。

評価項目６．あなたは、在宅高齢者・家族・関連職や研修生に、栄養ケアチームにとって、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 53.5%であったが、研修後は 82.7%であった。一方、「できない」は、研修前は 12.6%みられたが、研修後は 0.8%であった（図 1a(6)）。

評価項目７．あなたは、在宅高齢者・家族・関連職や研修生に、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 62.2%であったが、研修後は 81.1%であった。一方、「できない」は、研修前は 6.3%みられたが、研修後は 2.4%であった（図 1a(7)）。

評価項目８．あなたは、在宅高齢者・家族・関連職や研修生に、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 48.8%であったが、研修後は 74.1%であった。一方、「できない」は、研修前は 16.5%みられたが、研修後は 3.9%であった（図 1a(8)）。

評価項目９．あなたは、在宅高齢者・家族・関連職や研修生に、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 70.9%であったが、研修後は 90.6%であった。一方、「できない」は、研修前は 6.3%みられたが、研修後はゼロであった（図 1a(9)）。

評価項目１０．あなたは、在宅高齢者・家族・関連職や研修生に、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 58.3%であったが、研修後は 80.3%であった。一方、「できない」は、研修前は 11.8%みられたが、研修後は 1.6%であった（図 1a(10)）。

評価項目１１．あなたは、在宅高齢者・家族・関連職や研修生に、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 49.6%であったが、研修後は 77.9%であった。一方、「できない」は、研修前は 8.7%みられたが、研修後は 2.4%であった（図 1a(11)）。

評価項目１２．あなたは、在宅高齢者・家族・関連職や研修生に、認知症の食事中の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 30.7%であったが、研修後は 67.8%であった。一方、「できない」は、研修前は 17.3%みられたが、研修後は 3.1%であった（図 1a(12)）。

評価項目１３．あなたは、在宅高齢者・家族・関連職や研修生に、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 47.2%であったが、研修後は 83.5%であった。一方、「できない」は、研修前は 10.2%みられたが、研修後はゼロであった（図 1a(13)）。

評価項目１４．あなたは、在宅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ができますか？は、「よくできる」と「できる」を合わせると、研修前は 55.9%であったが、研修後は 81.9%であった。一方、「できない」は、研修前は 7.9%みられたが、研修後はゼロであった（図 1a(14)）。

評価項目１５．あなたは、在宅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 52.0%であったが、研修後は 84.3%であった。一方、「できない」は、研修前は 6.3%みられたが、研修後はゼロであった（図 1a(15)）。

評価項目１６．あなたは、在宅高齢者や家族が在宅でできる「食べること」の支援計画を作成して教育することができますか？は、「よくできる」と「できる」を合わせると、研修前は 29.9%であったが、研修後は 68.5%であった。一方、「できない」は、研修前

は 12.6%みられたが、研修後は 3.9%であった（図 1a(16)）。

評価項目１７．あなたは、在宅高齢者・家族・関連職や研修生に、地域の栄養・食事サービスに関する体制や活用できる資源やそれらの情報の調べ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 21.3%であったが、研修後は 52.8%であった。一方、「できない」は、研修前は 18.1%みられたが、研修後は 6.3%であった（図 1a(17)）。

評価項目１８．あなたは、在宅栄養ケア・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 26.0%であったが、研修後は 73.3%であった。一方、「できない」は、研修前は 16.5%みられたが、研修後は 4.7%であった（図 1a(18)）。

評価項目１９．あなたは、在宅栄養ケアチームの構築や推進のために必要な人や情報を「つなぐ」ことができますか？は、「よくできる」と「できる」を合わせると、研修前は 21.3%であったが、研修後は 63.0%であった。一方、「できない」は、研修前は 16.5%みられたが、研修後は 5.5%であった（図 1a(19)）。

評価項目２０．あなたは、在宅栄養ケアチームの構築や推進のための活動手順（評価を含む）は説明できますか？は、「よくできる」と「できる」を合わせると、研修前は 12.6%であったが、研修後は 52.8%であった。一方、「できない」は、研修前は 25.2%みられたが、研修後は 6.3%であった（図 1a(20)）。

評価項目２１．あなたは、在宅栄養ケアチームに関わりたいと思いますか？は、「大いに関わりたい」と「関わりたい」を合わせると、研修前は 86.6%であったが、研修後は 89.0%であった。一方、「関わりたくない」は、研修前は 0.8%みられたが、研修後はゼロであった（図 1a(21)）。

評価項目２２．あなたは、在宅栄養ケアチームの指導・研修を今後担いたいと思いますか？は、「大いに関わりたい」と「関わりたい」を合わせると、研修前は 73.3%であったが、研修後は 75.6%であった。一方、「関わりたくない」は、研修前後とも 0.8%みられた（図 1a(22)）。

表 1a　研修会参加者の属性

	会場別　参加者人数						総計	
職種	名古屋	青森	広島	神戸	熊本	東京	人数	%
管理栄養士	37	21	15	40	49	101	263	55.4
看護師		3		29	3	8	43	9.1
栄養士	3	4		3	9	7	26	5.5
歯科衛生士		3	1	1		19	24	5.1
介護支援専門員		4	1	1	5	5	16	3.4
介護職員		3		5	5	2	15	3.2
介護福祉士		5	2		4	3	14	2.9
言語聴覚士					2	6	8	1.7
教職員	3			1	2	1	7	1.5
薬剤師			2	2		1	5	1.1
施設長		2			2	1	5	1.1
歯科医師		1		1	1	2	5	1.1
医師			1	1	1		3	0.6
調理員		1	1	1			3	0.6
理学療法士			1	1		1	3	0.6
作業療法士				1		1	2	0.4
ホームヘルパー					2		2	0.4
社会福祉士		1	1				2	0.4
准看護師		2					2	0.4
助手	2						2	0.4
コーディネーター	1						1	0.2
サービス提供責任者					1		1	0.2
外部評価事業評価者	1						1	0.2
機能訓練士						1	1	0.2
研究員						1	1	0.2
事務長					1		1	0.2
事務長補佐		1					1	0.2
調理師			1				1	0.2
保健師					1		1	0.2
不明					9	7	16	3.4
総計	47	51	26	87	97	167	475	100.0

表 1b　研修会修了者の属性

	名古屋会場		青森会場		広島会場		神戸会場		熊本会場		東京会場		未記入		全体	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
	n=12		n=18		n=13		n=16		n=24		n=43		n=1		n=127	
性別																
男性	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	6.3	1	4.2	2	4.7	0	0.0	4	3.1
女性	12	100.0	16	88.9	13	100.0	15	93.8	21	87.5	41	95.3	1	100.0	119	93.7
未記入	0	0.0	2	11.1	0	0.0	0	0.0	2	8.3	0	0.0	0	0.0	4	3.1
合計	12	100.0	18	100.0	13	100.0	16	100.0	24	100.0	43	100.0	1	100.0	127	100.0
職種（複数の資格取得者含む）																
医師	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.2	0	0.0	0	0.0	1	0.8
歯科医師	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
薬剤師	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
看護師	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	12.5	1	4.2	2	4.7	0	0.0	5	3.9
管理栄養士	12	100.0	12	66.7	10	76.9	13	81.3	14	58.3	34	79.1	0	0.0	95	74.8
作業療法士	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
理学療法士	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
言語聴覚士	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.2	0	0.0	0	0.0	1	0.8
歯科衛生士	0	0.0	1	5.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	7.0	0	0.0	4	3.1
介護支援専門員	2	16.7	4	22.2	1	7.7	0	0.0	1	4.2	1	2.3	1	100.0	10	7.9
社会福祉士	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
介護福祉士	0	0.0	0	0.0	1	7.7	0	0.0	3	12.5	2	4.7	0	0.0	6	4.7
その他	0	0.0	2	11.1	1	7.7	0	0.0	0	0.0	1	2.3	0	0.0	4	3.1
未記入	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	6.3	4	16.7	1	2.3	0	0.0	6	4.7
合計	14	116.7	19	105.6	13	100.0	16	100.0	25	104.2	44	102.3	1	100.0	132	103.9
所属施設種																
介護老人福祉施設	3	25.0	5	27.8	5	38.5	3	18.8	6	25.0	14	32.6	1	100.0	37	29.1
介護老人保健施設	0	0.0	3	16.7	2	15.4	3	18.8	8	33.3	8	18.6	0	0.0	24	18.9
医療療養病床	1	8.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.8
介護療養病床	0	0.0	0	0.0	1	7.7	1	6.3	2	8.3	1	2.3	0	0.0	5	3.9
回復期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病院	1	8.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.8
一般病院	4	33.3	1	5.6	1	7.7	4	25.0	1	4.2	5	11.6	0	0.0	16	12.6
ｹｱﾐｯｸｽ型病院	0	0.0	1	5.6	0	0.0	2	12.5	1	4.2	2	4.7	0	0.0	6	4.7
診療所	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	7.0	0	0.0	3	2.4
歯科診療所	0	0.0	1	5.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	4.7	0	0.0	3	2.4
通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ事業所	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.2	0	0.0	0	0.0	1	0.8
通所介護事業所	1	8.3	0	0.0	1	7.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	1.6
訪問看護事業所	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.2	0	0.0	0	0.0	1	0.8
訪問介護事業所	0	0.0	0	0.0	1	7.7	0	0.0	1	4.2	0	0.0	0	0.0	2	1.6
介護支援事業所	0	0.0	3	16.7	1	7.7	0	0.0	0	0.0	1	2.3	0	0.0	5	3.9
地域包括支援ｾﾝﾀｰ	1	8.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.8
市町村	1	8.3	1	5.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.3	0	0.0	3	2.4
その他	0	0.0	2	11.1	1	7.7	3	18.8	0	0.0	5	11.6	0	0.0	11	8.7
未記入	0	0.0	1	5.6	0	0.0	0	0.0	3	12.5	1	2.3	0	0.0	5	3.9
合計	12	100.0	18	100.0	13	100.0	16	100.0	24	100.0	43	100.0	1	100.0	127	100.0

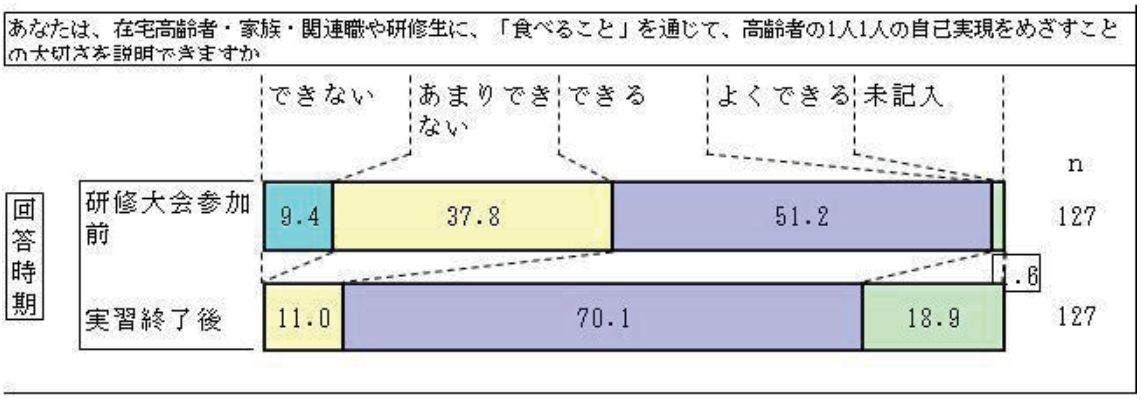


図 1a(1)

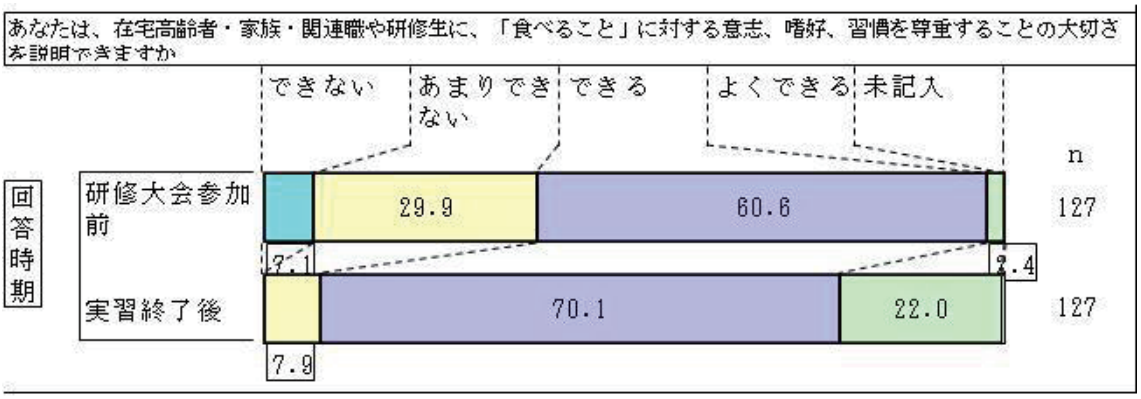


図 1a(2)

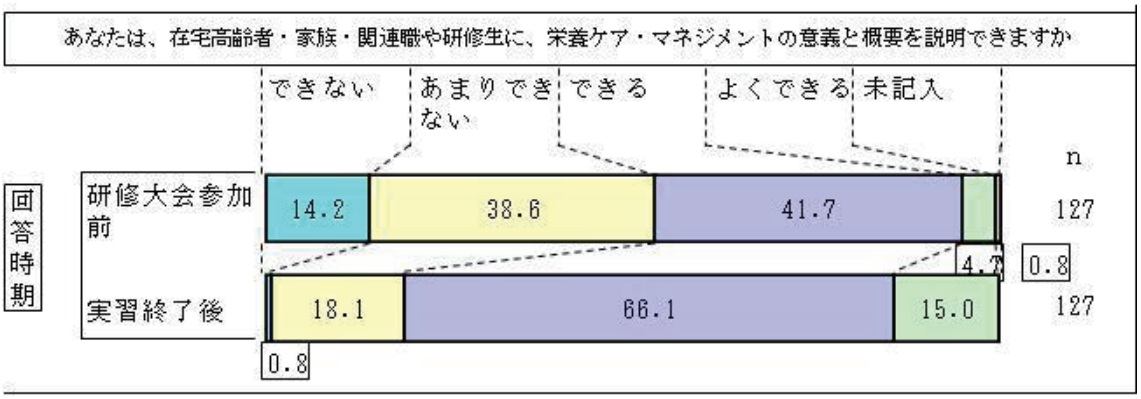


図 1a(3)

図 1a(1)-(3)　在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修
：22 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

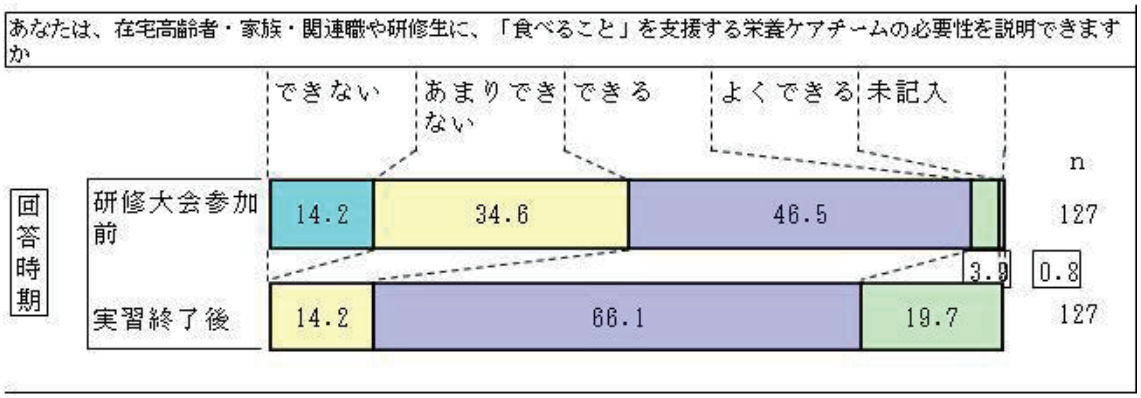


図 1a(4)

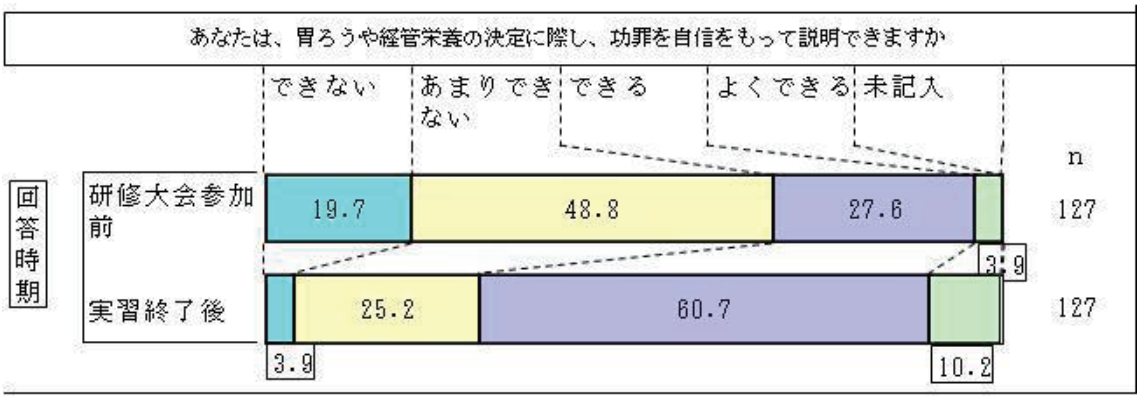


図 1a(5)

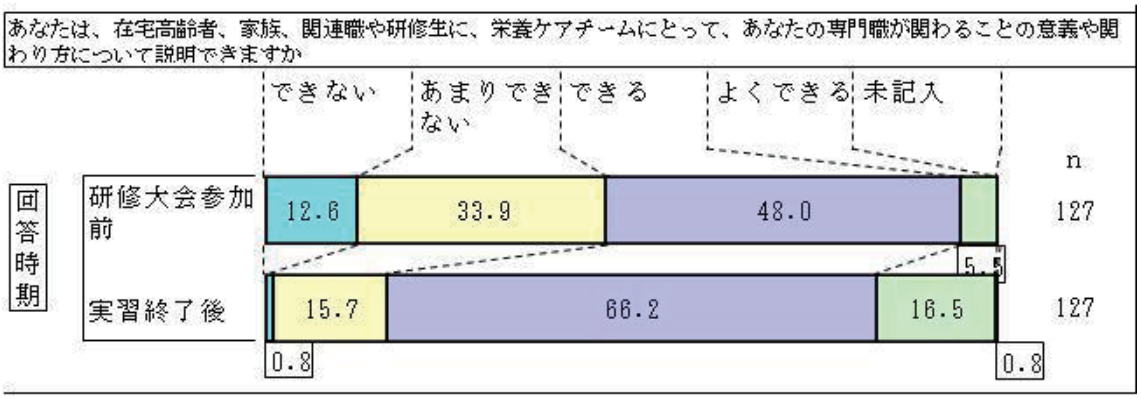


図 1a(6)

図 1a(4)-(6)　在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修
：22 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

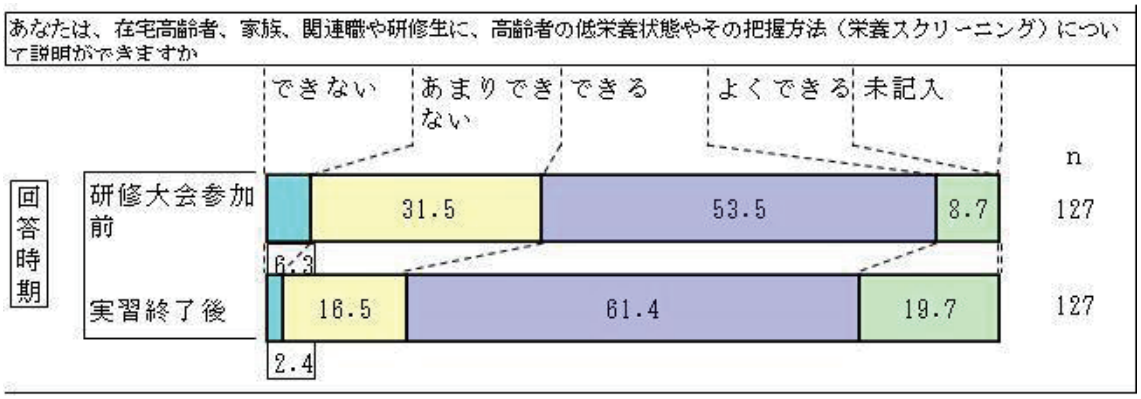


図 1a(7)

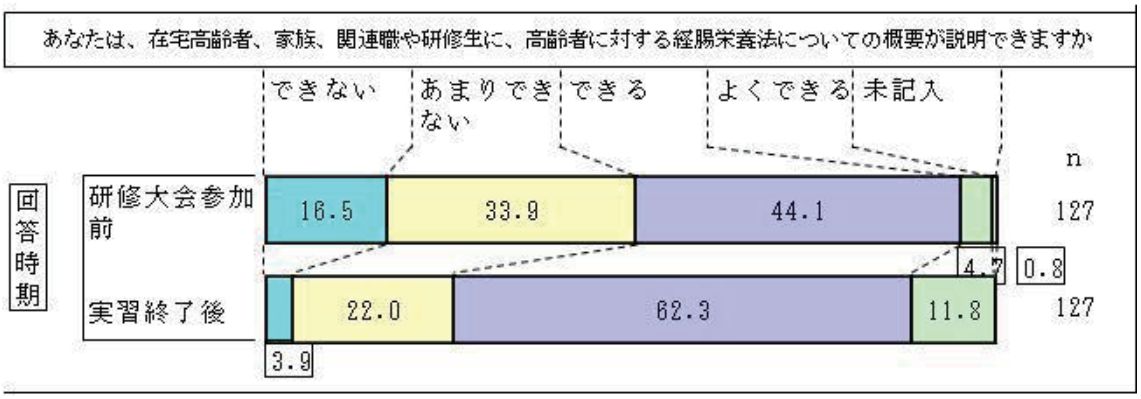


図 1a(8)

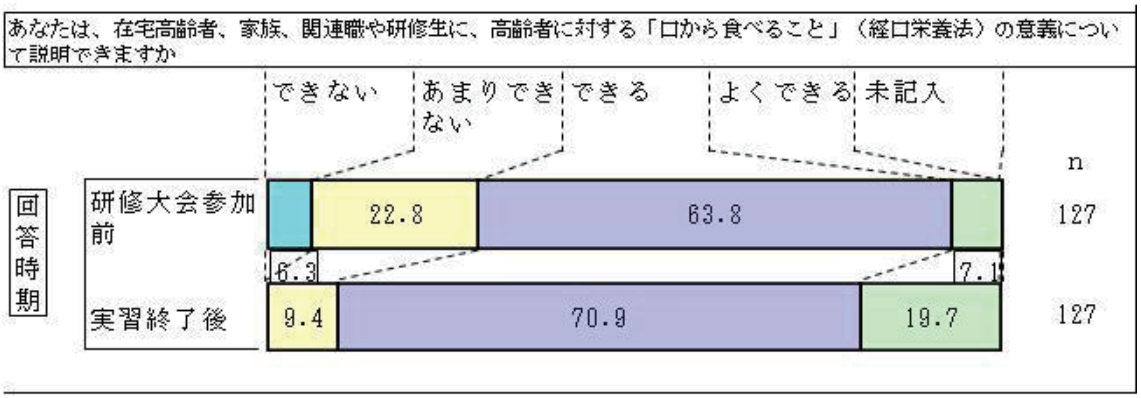


図 1a(9)

図 1a(7)-(9)　在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修
：22 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

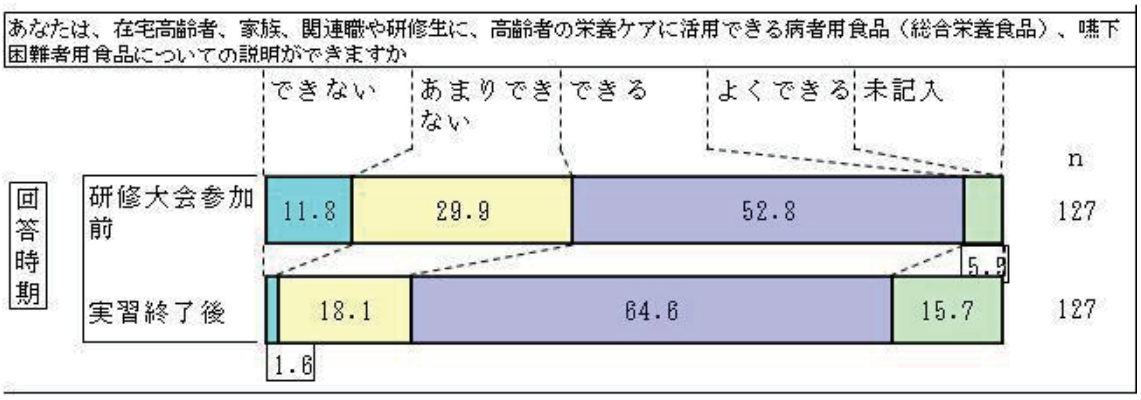


図 1a(10)

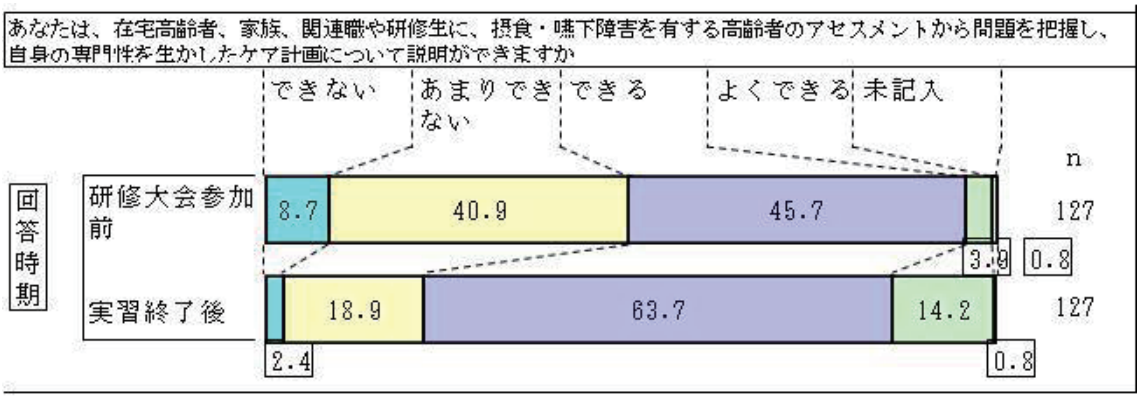


図 1a(11)

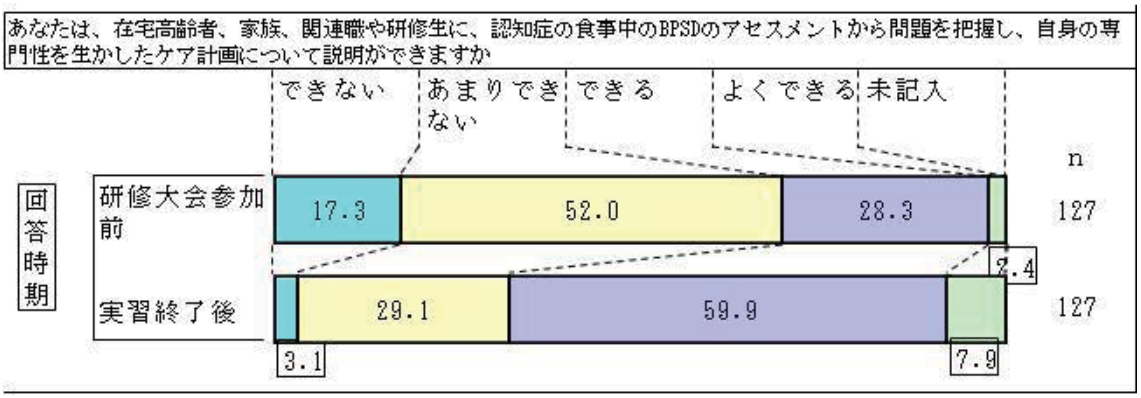


図 1a(12)

図 1a(10)-(12)　在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修
：22 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

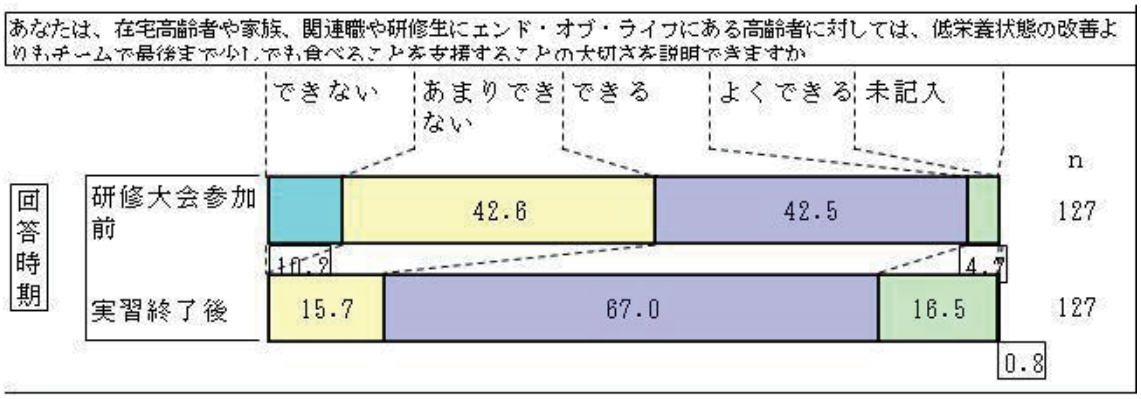


図 1a(13)

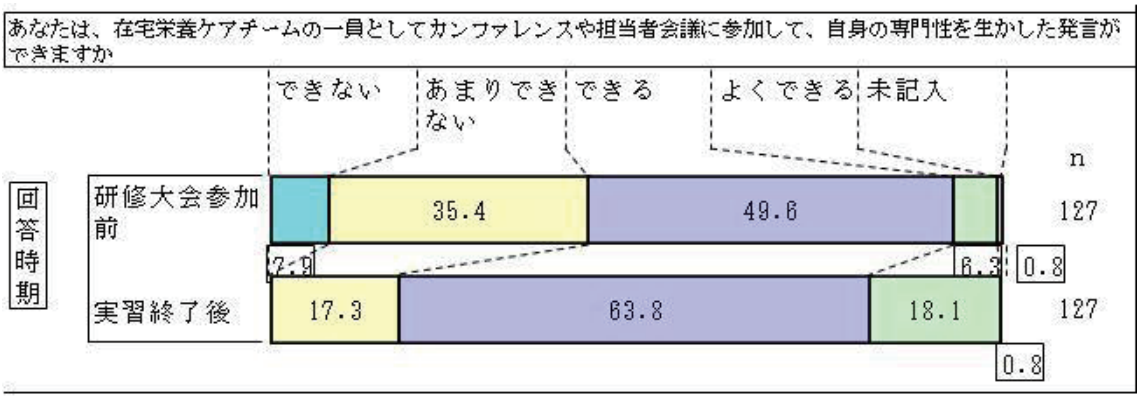


図 1a(14)

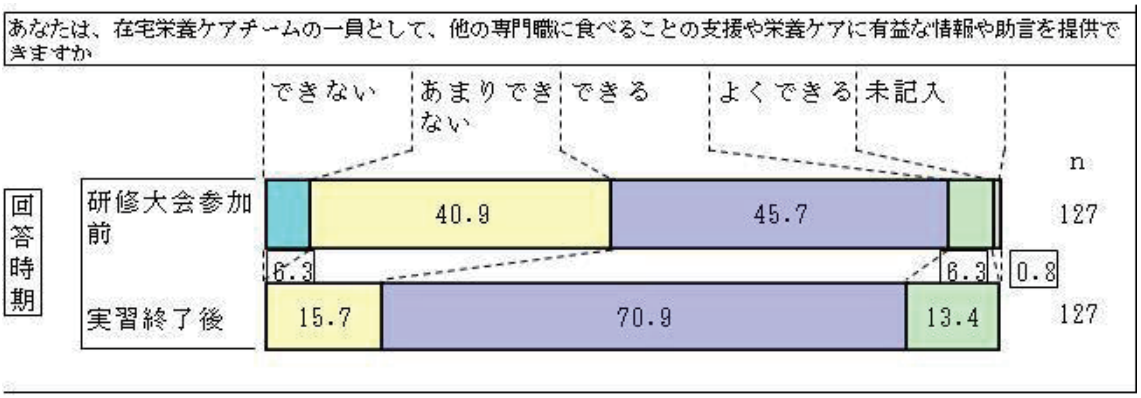


図 1a(15)

図 1a(13)-(15)　在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修
：22 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

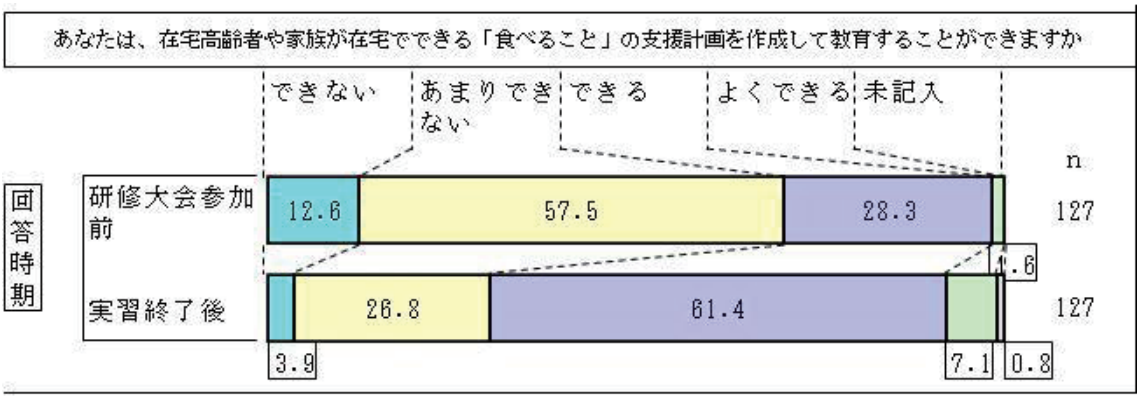


図 1a(16)

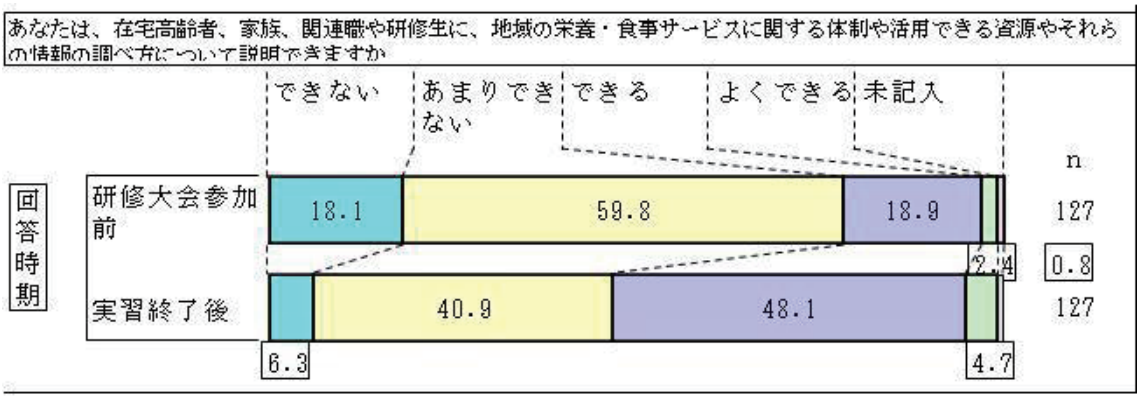


図 1a(17)

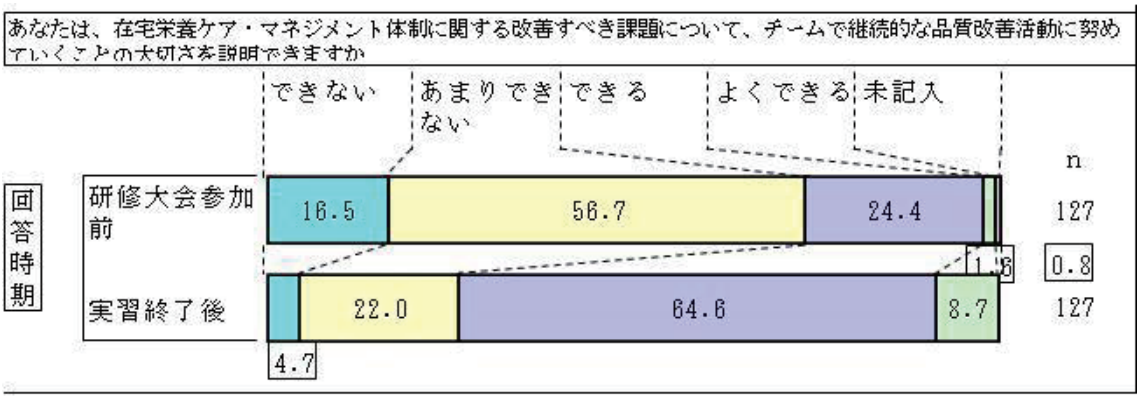


図 1a(18)

図 1a(16)-(18)　在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修
：22 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

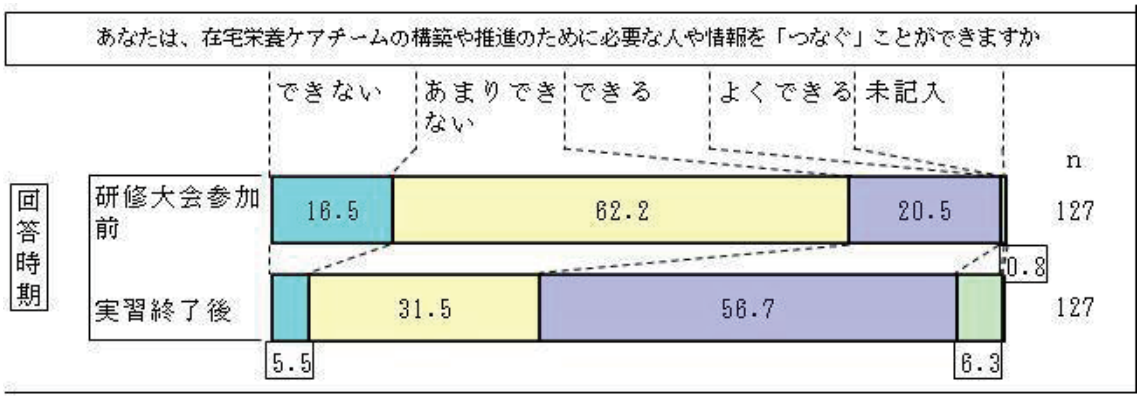


図 1a(19)

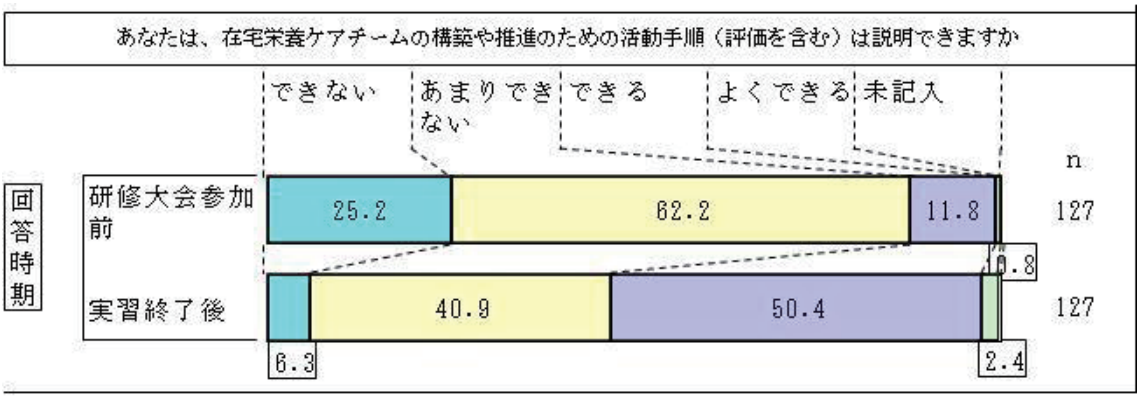


図 1a(20)

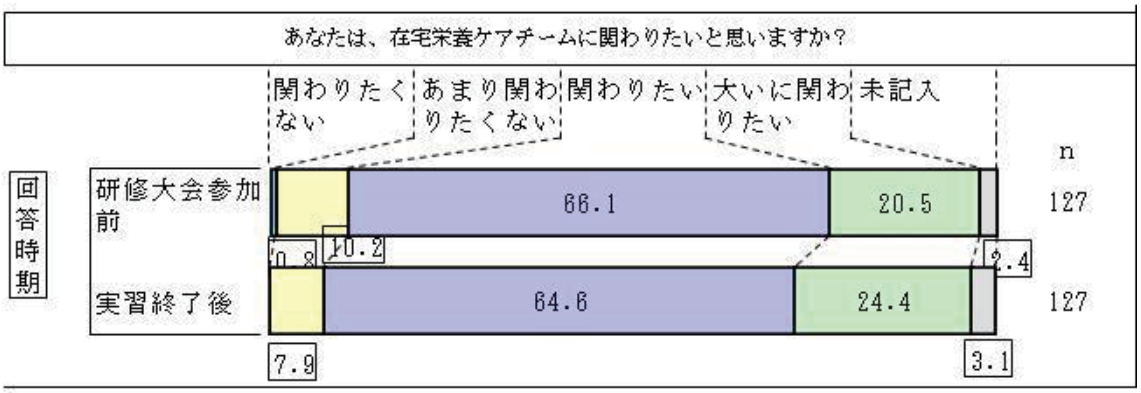


図 1a(21)

図 1a(19)-(21)　在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修
：22 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

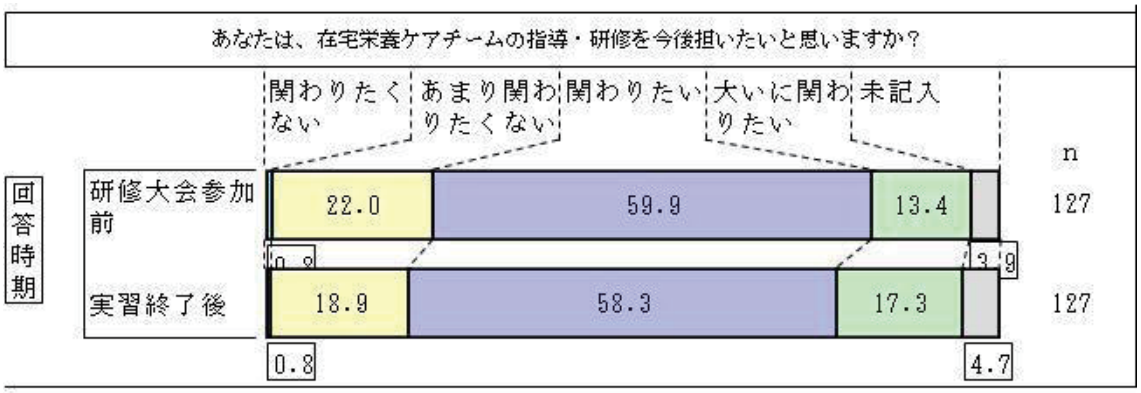


図 1a(22)　在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修
：22 項目の評価基準項目からみた研修のゴールと目標の達成状況

４．考察

１）研修会参加者の属性について

参加登録者は全国 6 会場であわせて 475 名であった。職種別にみた属性の特徴は、多い順に、管理栄養士 263 名（55.4%）、看護師 43 名（9.1%）、栄養士 26 名（5.5%）、歯科衛生士 24 名（5.1%）等であった。参加職種は多岐にわたり、これらの 4 職種に加えて 25 職種みられ、合わせると 29 職種の参加がみられた。多職種からの在宅における栄養ケアチームへの関心の高さと、多職種と協同する研修へのニーズの高さが示されているといえる。

２）研修会修了者の属性について

全国 6 会場の研修会参加者 475 名のうち、2 日間の講義を終了し、その後 10 時間の自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、自己評価アンケートに全 3 回ともに回答したのは 127 名（参加者の 26.7%）であった。127 名の属性は、女性 119 名（93.7%）、男性 4 名（3.1%）であった。性別では、9 割以上が女性であった。

職種では多い順に、管理栄養士 95 名（74.8%）、介護支援専門員 10 名（7.9%）、介護福祉士 6 名（4.7%）、看護師 5 名（3.9%）、歯科衛生士 4 名（3.1%）、医師 1 名（0.8%）、言語聴覚士 1 名（0.8%）等であった。

職種別に、参加者に占める 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実施状況をみると、介護支援専門員 62.5%、介護福祉士 42.9%、管理栄養士 36.1%、歯科衛生士 16.6%、看護師 11.6%等であった。自施設での実習とレポート提出は、個人の努力のみでは難しいことが伺えた。栄養ケアチームが機能し活躍するためにも、組織変革などの、組織としての取り組みの必要性があるといえる。

３）２２項目の評価基準項目からみた研修ゴールの目標の達成状況

自己評価アンケートに回答した者について、研修前 127 名および、研修修了後 127

名について比較検討を行ったところ、２２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」(「大いに関わりたい」と「関わりたい」) 者の割合に増加がみられた。

一方、「できない」(「関わりたくない」) 者の割合は、２２項目中８項目でゼロになった。残りの項目においても、「できない」(「関わりたくない」) は、数パーセントに減少がみられた。

研修後に「よくできる」「できる」(「大いに関わりたい」「関わりたい」) の割合が７割を超えた項目は、２２項目中１７項目みられた。その中でも９割を超えた項目は２項目みられ、それらは、評価項目２．あなたは、在宅高齢者・家族・関連職や研修生に、「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？と、評価項目９．あなたは、在宅高齢者・家族・関連職や研修生に、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？であったことより、本研修の目的である、在宅高齢者の「食べること」を支援する知識を習得し、態度の変容がみられ、実習を通して行動の変容がみられたことが示唆された。

研修前に、「よくできる」と「できる」を合わせた割合が３割に満たなかった項目は、５項目みられた。それらは、評価項目１６～評価項目２０であり、栄養ケア・マネジメントのマネジメントに関する項目が多くみられた。これらの項目においても、研修修了後は、２～３倍以上の伸びで、いずれも「よくできる」と「できる」を合わせた割合が５０％を超えたことより、苦手意識のある項目においても本研修による達成感が得られ、研修プログラムの有効性が示されたといえる。

本研修のゴールは、医療・介護サービスにおいて、在宅高齢者の「食べること」を支援する栄養ケアチームの一員となることを目指して、２２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、在宅という場の特徴をいかした在宅高齢者の「食べること」を通した、高齢者のＱＯＬや個別性の重視、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、低栄養状態の把握方法、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、地域資源の活用や連携について、いずれも高い効果が認められた。

５．結論

参加登録者 475 名のうち、指定事例検討の実習とレポート提出を行ったものは 127 名 (26.7%) であった。職種別にみた属性の特徴は、多い順に、管理栄養士 263 名 (55.4%)、看護師 43 名 (9.1%)、栄養士 26 名 (5.5%)、歯科衛生士 24 名 (5.1%) 等であり、合わせると 29 職種の参加がみられた。多職種からの在宅における栄養ケアチームへの関心の高さと、多職種と協同する研修へのニーズの高さが示されているといえる。

この 127 名について、自己評価アンケートについて、研修前後で比較検討したところ、２２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」

（「大いに関わりたい」と「関わりたい」）者の割合に増加がみられた。研修後に「よくできる」「できる」（「大いに関わりたい」「関わりたい」）の割合が７割を超えた項目は、２２項目中１７項目みられた。その中でも９割を超えた項目は２項目みられ、それらは、評価項目２．あなたは、在宅高齢者・家族・関連職や研修生に、「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？と、評価項目９．あなたは、在宅高齢者・家族・関連職や研修生に、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？であったことより、本研修の目的である、在宅高齢者の「食べること」を支援する知識を習得し、態度の変容がみられ、実習を通して行動の変容がみられたことが示唆された。

本研修のゴールは、医療・介護サービスにおいて、在宅高齢者の「食べること」を支援する栄養ケアチームの一員となることを目指しており、本研修のプログラムおよび実施により、在宅という場の特徴をいかした在宅高齢者の「食べること」を通した、高齢者のＱＯＬや個別性の重視、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、低栄養状態の把握方法、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、地域資源の活用や連携について、いずれも高い効果が認められた。

Ⅲ. 地域高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの事例検討

千葉大学大学院看護学研究科教授　野地有子

１．　事例検討の進め方

全国 6 会場すべてにおいて、2 日目の午後に、研修参加者が全員参加して行う事例検討を実施した。事例は 2 事例であり、事例提供者により事例（教材参照）の説明と基本的な情報の提供がなされた。その後、なるべく多くの職種から構成された 6 名前後の小グループに分かれ、グループ毎の事例検討を行い、在宅高齢者の「食べること」を支援することについて検討した。その後、再び全体で集合し、各グループにあるいはグループ代表による発表と全体討議を行い、事例提供者による講評とまとめを行なった。

２．　検討した事例

事例 A　認知症・摂食・嚥下障害の取り組み事例（82 歳女性）

事例提供者：佐藤悦子

（社会福祉法人同胞互助会・愛全診療所　管理栄養士・臨床栄養士）

事例 B　エンド・オブ・ライフの事例（85 歳男性）

事例提供者：奥村眞理子

（東京ふれあい医療生協・梶原診療所　管理栄養士・臨床栄養士）

３．　事例検討のポイント

１）　事例 A　認知症・摂食・嚥下障害の取り組み事例（82 歳女性）

在宅高齢者の「食べること」を支援するために、2 段階に分けてケアを実施していくことがポイントであった。1 段階目は、生活の中で改善できるものは改善する。2 段階目は、ショートステイなどのサービスを利用するというものであった。

具体的には、第 1 段階目は、ヘルパーを増やして朝と夕の見回りの際に、服薬の確認（特に高血圧の服薬)、戸締り、ガス栓の閉め忘れ、火の始末などであった。第 2 段階のきっかけになったのは、体重が減ったことに気がついた事例提供者が、食事がとれているか訪問スタッフに情報を聞いたことであった。それまでは、認知症がすすんでいたのはわかっていたが、食べられていないことはヘルパーなど食事にかかわっている人ばかりで実は気づかれてなかった。そこで、ショートステイを活用しその際に診察を受けて、見過ごされていた子宮脱、口腔外科等の疾患の治療を行なった。全身状態が良くなり、認知症も良くなった状態で、在宅独居生活を続けている。思った以上に人間の回復力の大きさを示した事例であり、治療後は、水が飲めて、薬が飲めて、義歯の調整後は食事が出来るようになった。「食べること」のアセスメントと、多職種、特に、医療との連携の重要性が示された事

例であった。

２）事例Ｂ　エンド・オブ・ライフの事例（85 歳男性）

在宅高齢者の「食べること」を支援するプロセスには、エンド・オブ・ライフについても念頭におくことが必要である。人というのは、計画的に最後を迎えることが難しく、ターミナルだとは思わなくて訪問していて急逝される事例もみられている。本事例も、そのひとつであった。医師から訪問指示が出ていたのは 2 週間前であったが、この患者は骨髄腫はそんなに進行していなく、ターミナルと思っていなかったところ、訪問開始してまもなく亡くなられることとなった。その後、本事例提供者は、指示があった時点で速攻で入らなければならないというのが、食を守る専門職の使命であると考えている。

グループ発表でも多くの方が指摘されたように、まず本人と家族の意向を確認しながら展開していくことも大切である。一方で、栄養に関する訪問について、本人や家族の拒否がある場合もみられた。この場合は、医師や看護師の訪問時に同行訪問して、「この人があなたの食をちゃんと守ってくれる人ですよ」と紹介していただくという作戦をとっている。

食事に関しては、働き盛りの栄養指導でコレステロールの摂りすぎに注意するように言われたことを、本人と妻および娘がこだわっており、現状のアセスメント結果に沿うことは難しかった。

事例Ａと同様に、「食べること」のアセスメントと、多職種、特に、医療との連携の重要性が示された事例であった。

４．　座長のまとめ

１）神戸会場（太田久隆　神戸松陰女子大学教授）

栄養ケアチームとして、多職種のチームをつくるのはもちろんであるが、そのうえで、チームワークするには、みなが適切に遠慮しあわないで、言いたいことをちゃんと言い、それに対してみながベストを尽くしていくようなチームができないといけない。ちゃんとワークするチームをつくることが必要である。

２）名古屋、青森、広島、熊本、東京会場（野地有子　千葉大学大学院看護研究科教授）

全国どの会場でも、初対面の他職種や他施設の方々との事例検討にもかかわらず、チームワークよく活発に意見交換されていた。本研修で行なったような多職種協働の事例検討のニーズの高さが伺え、今後各地域でそれぞれが公私にわたり交流しながら栄養ケアチームを発展させる起点となることが期待される。

Ⅳ．　在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームのための課題解決と展開に向けて

兵庫県立大学大学院教授　小山秀夫

本事業は、参加者が在宅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、今後の在宅高齢者のための栄養ケアチームの推進を各地域において図ることを目的にしたものである。各地で開催された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や医療福祉経営系学部の教員が学生とともに絶大なパワーを発揮した。また、プログラムの最後では、医療福祉経営、在宅医療　地域ケアマネジメント、公衆栄養、臨床栄養、栄養行政などの専門家や在宅訪問看護や栄養ケア・マネジメントの実践家等 14 名が在宅高齢者の栄養ケアチームのための課題解決と展開に向けての提言を行った。質疑応答でも、多職種がマイクを手に取った。それは、多くの参加者が在宅高齢者の食べることを支援するための「職種協働」の意味を理解した瞬間でもあった。逐語録に基づいてその後課題とその解決についての論点を明確にしたうえでの検討を行った。この研修終了後、地域の在宅高齢者の栄養ケアチーム体制づくりの課題と実践について自施設で多職種による検討を行い、レポートを作成することを義務づけた。それは、今後の個々の参加者自身が地域における在宅高齢者のための栄養ケアチームの構築に向けての踏み出すための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。特徴のある事例についてその概要を報告した。井形昭弘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協働が、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 国民的な在宅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、さらに地域には買い物難民と言われる「食べること」の支援の必要な高齢者が多数いる。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 地域で活動する管理栄養士は、ごくわずかにすぎないが、今後国が進める地域包括ケアシステムに地域で活動する管理栄養士の量を増やすとともに、質を向上させることが不可欠であることから、介護保険システム全体の中で地域の栄養施策の再検討が必要である。
⑥ 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。

在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームのための課題解決と展開に向けて　概要

文責　小山秀夫　　兵庫県立大学大学院教授

全国 6 箇所における在宅高齢者の「食べること」を支援するためのプログラム「栄養ケアチームのための課題解決と展開に向けて」に参加した以下の 14 名の提示した内容の逐語録を再構成した。

課題提供者

宇田淳	広島国際大学教授
太田貞次	神奈川県立保健福祉大学教授
加藤昌彦	椙山女学園大学教授
木村隆次	日本介護支援専門員協会会長
草間かおり	山口県立大学准教授
伊達ちぐさ	兵庫県立大学教授
徳留裕子	名古屋学芸大学教授
野中博	東京都医師会会長
福島英生	熊本県立大学教授
水島美保	山口内科医院管理栄養士
横山紀美代	熊本第一病院　訪問看護師
吉池信男	青森県立保健大学教授
野地有子	千葉大学大学院教授
小山秀夫	兵庫県立大学大学院教授

１．体制づくりの課題

高齢化社会の将来を支える子供や若い人の食事から社会の仕組みを変える必要がある（小山秀夫）

わが国の家族も食も壊れてしまっている。高齢者の咀嚼、嚥下も問題だが、将来の高齢者を支える子供や子供を生む若い人の栄養が問題だ。そこで、平成 24 年 1 月に日本健康・栄養システム学会主催、日本子ども家庭総合研究所堤ちはる栄養担当部長が責任者で「子どもの栄養ケア・マネジメント」を開催した。

アメリカ合衆国政府は対がん 10 カ年戦略を行ったが、がんは減らなかった。そこで、国民に 350 グラムの野菜を毎日摂取させ、普通の野菜ジュース系以外の清涼飲料水で砂糖が入っているものは、学校の自動販売機から撤去させた。スウェーデンでは高血圧予防のために、１月元旦以外の日にパン屋を閉めることを禁止した。国民は無塩パンを食べることによって、15 年後には、見事、脳卒中の発症率が減った。

管理栄養士の在宅栄養ケアと言われても、「１人でどうしよう」「目の前の栄養指導をどうしよう」「薬剤師は薬のカラーコピーを渡すと 2,200 円もらえるのに、どうして管理栄養士は 20 分以上も話して 1,300 円なのか」・・・、結局は、制度や仕組にもう少し目を向けないといけない。

在宅の栄養ケアを先進的に推進してきた管理栄養士は一生懸命頑張ってきたが、孤軍奮闘の状態だ。チームやネットワーキングがすごく大事だ。そして、管理栄養士が訪問したら、「この人が助かった」という事例を見つけることである。

なぜ在宅高齢者の栄養ケアがすすまないのか（小山秀夫）

介護保険サービスの利用者は、2010 年に 2,895 万人、200 万人台から始まったが 10 年で倍の 500 万人、在宅サービスは 10 年間で 170%増加し、その伸びが大きい。

介護保険制度開始時には施設サービス利用者が 52 万人、現在 84 万人に増え、10 年前に在宅サービス利用の要支援・要介護者は、97 万から 294 万に３倍に増えた。この状況に対応して、2000 年の在宅管理栄養士数は、少なくても３倍になっていないといけないはずである。要支援者や要介護者が年々増えるほど居宅サービスにおける栄養ケア

を担当できる絶対的な人員確保と効率的なシステムの開発が必要である。

介護支援専門員による要介護認定者に対するケアプランには、管理栄養士による居宅療養管理指導が殆ど入れられていない。なぜなら、介護支援専門員がその内容を理解できていないからだ。要支援認定者に対しては、地域包括支援センターの保健師等がわかっていないということにならざるを得ない。介護保険施設には栄養マネジメント加算や経口移行加算、経口維持加算が、また、通所サービスには栄養改善加算がある。これらの加算導入に、日本健康･栄養システム学会は尽力してきた。今後は、在宅の栄養ケアフの普及に尽力したい。

社会保障国民会議中間報告から　病院の選択と集中化（小山秀夫）

平成 20 年６月１日に、社会保障国民会議の中間報告によれば「日本の病院は、公的病院よりも民間病院の割合が大きくて、病床規模が小さい。外国から比べて、急性期、慢性期、回復期といった病床の機能分化が不十分だ」「わが国の医療が抱えている構造問題への解決への取り組みが欠かせない」とある。

構造問題とは「国際標準から見て過剰な病床の思い切った適正化と疾病構造の医療・介護ニーズの変化に対応した病院・病床の機能分化と実業分化の徹底と集約化」「過剰な病床の思い切った適正化」である。つまり、病床数を徹底的につぶして、残った病床数については「専門的医療を行う中核的病院(特に急性期)を中心とした人員配置の思い切った拡充化」と「機器の装備の充実」をして、人も物も選択と集中させる。「急性期のベッドは閉められ、その後無限の在宅がある」と・・。映画「風と共に去りぬ」のラストシーンでスカレット・オハラは「そうだ、私にはタラの土地が」というが。これからの管理栄養士は「そうだ、私たちには在宅医療があった」と言うことになる。

「施設完結型」システムから「地域完結型」システムへの転換（小山秀夫）

「『施設完結型』システムから『地域完結型』システムへの転換。地域の病院・診療所が網の目状のネットワークをはり、地域資源を最大限効率的に活用」「相互の機能分担・連携によって『面的』に医療ニーズをカバーする体制」と、３年前に政府はこのような方針を打ち出し、これが今でも生きている。この方向で、４月１日には診療報酬と介護報酬の同時改定がされる。

次は、「地域における医療・介護・福祉の一体的提供(地域包括ケア)」「人々が日常を過ごす地域で必要な医療・介護・福祉サービス」「在宅支援機能を持つ主治医と介護支援専門員を軸とした『地域包括ケアマネジメント』」が推進される、地域の栄養ケアを推進するには、この機を逃がしてはならない。地域の管理栄養士にとって大切なのでは、主治医と介護支援専門員である

『チーム医療』『多職種協働』を基本に、限られた専門人材を効率的・効果的に活用して、利用するサービスの提供」。つまり、多職種協働、在宅、医療と福祉の連携、地域包括制度は、栄養部門の協力が不可欠になりつつある。

25 年後の将来予測シナリオ(小山秀夫)

2007 年時点で一般病床は 80 万床、25 年後のＢ１シナリオ、Ｂ２シナリオでは、この 80 万人の病床のうち、高度急性期病院は 18 万床、一般急性期が 34 万。合わせて 52 万、その残りが亜急性期回復期は 36 万、長期療養が 23 万、あとは介護保険と在宅で対応していくと試算した。在宅介護、居住系は 25 万が 47 万に、在宅介護は 2007 年に 243 万人。2015 年に、わずか 12 年で在宅介護の人が 429 万人になる。 “from medical care to health

care”、これは 1980 年のアメリカにおいて掲げられたスローガンである。medical care は医療、health care は、medical care に nursing care、home care、hospice care、life care、fitness、wellness というのを全部足したもの。日本は、1983 年に訪問介護制度が作られ、老人保健施設が 88 年、看護ケア病棟 1988 年、有料老人ホーム、ケアハウスと、アメリカにおいて提示された方向に、ちょっと遅れて追従した。

政策としては、1973 年に老人医療の量的拡大を、昭和 48 年、田中角栄が老人医療無料化を、しかし、10 年後には金がなくなって老人医療抑制を、その次の 10 年後には老人医療の質の向上と言い、老人保健施設だけ作ってもどうにもならないと、2003 年、慢性期医療の再評価、医療・介護の体系的再整備は、必ず来ると思う。この 50 年間の制度政策の動きは、高齢化という 1 つの言葉で説明できる。一方、地域ケアから考えると、在宅医療、在宅ケアは追い風である。

マーケットから考えると、高齢者の在宅サービスは、急激な成長分野。地域を中心とした継続性を確保し、利用者を中心に地域で包み込んで、施設より在宅を重視して、「全部をひっくるめて地域全部の栄養を見る」には、地域ケアシステムの中に栄養ケアをどうやって組み込んでいくかが課題だ。

新成長戦略として、「医療市場は今後 2020 年には 59 兆円、介護市場は 19 兆円、新規雇用 210 万人。介護関係 131 万人。平均在院日数を縮めて、国民の QOL を高めて、職場・家庭への早期復帰を実現する」「医療・福祉分野のセーフティーネット充実によって将来不安が緩和する」、緩和すると、老後は安心というので、貯金を崩して消費に回す。消費に回ると税金が増え、税金が回ると国の財政が再建する。

社会保障国民会議ではいろいろなことをシミュレーションした。そして、これだけのことをやるのには３％ぐらい消費税がいるとし、社会保障機能強化のための追加所要額を試算した。429 万人の在宅介護サービスをやっていけば、2025 年に医療・介護を合わせて 92 兆円から 94 兆円要る。今、医療費 36 兆円、介護費が 9 兆円の 45 兆円。この 45 兆円が 2025 年に 92 兆円になる。消費税を 10 パーセントあげて、医療、介護、福祉、子ども手当に使うことで目的税化すると、とりあえず 2012 年の半ばまでに 10%、2025 年には 20%の消費税だと・・。公債で４％程度の介護保険を確保することになる。

医療・介護サービスの大きな変化（小山秀夫）

日本健康・栄養システム学会は今年で 10 年目になる。会員は管理栄養士が多いが、医師、看護師、薬剤師、歯科医師、介護支援専門員も参加した多職種の学会である。野中先生のような医師が 500 人いれば日本は変わると思うが、「チーム」「地域」と言われてもなかなか難しい。

私は 15 年前に、杉山氏からアメリカで高齢者の低栄養状態が社会問題になっていると言われ、他の人に言うと「この飽食の時代に、低栄養高齢者がいるわけない」と言われた。しかし、老人病院や特別養護老人ホーム、老人保健施設の関係者に言うと、「高齢者は低栄養状態になって枯れて死んでいく」と言った。

保健医療福祉の分野は、急激に変化し、一般病床に入院患者数は、100 万超えたが、急速に減少し、療養病床が 40 万床、老人保健施設 28 万床、老人福祉施設の特別養護老人ホーム 31 万床、グループホームや特定施設に転移する。一般病床は 80 万人で、この倍の患者が療養病床にいる。1975 年には、特別養護老人ホーム、定員 50 人として 21,000 人しかなかったのが、現在 32 万人までに増えた。日本の医療は、急速に福祉や介護サービスへと転換

していった。

一般病床のうち急性期病床は50万床位、急性期病院の平均在院日数を９日間位とすると、42 万床位の病床があればいいと言われている。昭和58年に国民医療総合対策本部が、初めて病院給食の検討に私も関わった。「病院の飯は早くてまずくて冷えてる」と言われ、医師は、医食同源だから「給食は絶対に大事だ」と言われた。この時から在宅高齢者の問題がでてきて、500万人の在宅の高齢者には、保健所の栄養士を除いて、地域の管理栄養士が関わってなかった。もう一つの問題は、「集団給食施設に栄養士の配置」としたが、集団給食施設でなければ栄養士はいなくてもいいということである。

３つ目、診療報酬点数で一般病床の給食料は診療報酬点数で支払われていた。昭和48年に老人医療では、高齢者が病院に入院すれば、3食の食費もただで、在宅で療養してると自分の食事代は払う、これでは、誰も在宅患者にはならない。特別養護老人ホームでも、従来はお金がなければ、全部ただであった。そこで、私は３つのことを考えた。一つは、集団給食施設から管理栄養士を引き離し、自分で独自に診療報酬なり、介護報酬なり取得できるようにすること。つまり、きちんとした経済評価がされ、経済的に自立しなければ専門職とは言えない。　２つ目は在宅と施設との仕分けで、金がなくなったら病院に入院すれば、食事がただで食べられるのではなく、施設も在宅も自分で食事は食べるほうがいい。入院患者の安静時エネルギー代謝は800kcal から 2,000kcal 以上まで個別で様々であるのに、一律 0.8 掛けの給食が提供されていたが、これでいいのか。それに、集団給食施設の食事はまずい、冷たい。給食費自費にしたら、患者が文句言うようになった。６年前の診療報酬では、たとえ朝食べて退院しても、３食分給食料取れたので、給食料が経営的には一番儲かっていた。

一方、栄養食事指導は、管理栄養士が一生懸命20分以上提供しても1300円、しかし、調剤薬局の薬剤師が薬のカラーコピーを見せて薬剤指導すれば 2,200 円、おかしくないか？　一方、居宅療養管理料は、管理栄養士が行っても、看護師が行っても、薬剤師が行っても、5,300円と同じだ。

療養病床病院での長期療養の高齢者を寝かせっ切りにしていた時代もあったが、今はみんな起こして、リハビリテーションし、トイレの自立をさせようと高齢者を頻繁に動かす。25年前に「リハビリテーションに行くと、もう疲れて、眠くて、飯も食う元気がない」と高齢患者さんに言われた。それは、一律の給食で「安静時エネルギー消費量を下回っている給食を食べているのではないか」「燃費があっていない」と言うことになった。

このようにして高齢者の低栄養が問題となって、当時の管理栄養士に「なんとか頑張って」と言っても、有効な対応ができなかった。

また、比較的長期にアメリカ留学して帰国した医師は、管理栄養士に、「はい、来て！」「この患者、栄養状態悪いから」と言われても、従来の管理栄養士は何していいか分からない。「食形態は私、専門です」と言ったら、「エネルギー量が足りないだろう」「もっとたんぱく質を出せないか」と話していたのはもう15年前だ。日本健康・栄養システム学会は、アメリカのインターン研修プログラムを導入して臨床がわかる管理栄養士を日本でも育て直そうということで、臨床栄養師を養成しはじめて、100時間の講義と900時間の実習を認定された実習施設で行う。臨床栄養師１期生が86人出ると、「徹底的に老人の栄養とか入院患者の栄養が分かる臨床栄養師を 500 人作れと」言われ、今の学会がある。

17年の春には「金がない」「在宅と施設とのバランスを取るのだったら、施設入所者の給食料を全

額自費負担にするっていう方向で検討する」、ちょうど小泉改革の真最中で大変な時期だった。そのとき、診療報酬表の給食料を引き下げると引き換えに、管理栄養士の人件費を給食費からもらって直接固定する。だから、ここからは経済闘争。管理栄養士の当時の給与水準が低かったが、そのときに「食べることを支援する」として栄養ケア・マネジメントという学会登録商標がそのまま導入された。

急激に保健医療介護の世界は構造変化している。要介護認定者が２000 年４月に 149 万人、それが 11 年後の現在､施設が 52 万人から 84 万人に増え、在宅は一気に 97 万人が 294 万人｡約３倍に増えた。

地域における医療、介護、福祉の一体的提供を言い出したのは、平成 20 年６月である。人々が日常を過ごす地域で必要な医療、介護、福祉のサービスが包括的、継続的に提供できる体制の実現。在宅支援機能を持つ主治医と介護支援専門員の連携を軸にした地域包括ケアマネジメントの実現ということが突然言われた。

チーム医療と職種協働を基本に、限られた専門人材を効率的、効果的に活用し、利用者に対するよりよいサービスを提供する。管理栄養士を倍にしても、地域に倍の管理栄養士が配置される状態は今はない。地域に管理栄養士がいても、在宅をやる人材がいない。ずっと在宅の栄養ケアをやってる人を全国で探すしかない。

在宅介護利用者は 2007 年に 243 万人だったのが、2025 年には 429 万人になる。シミュレーションは 2025 年までの 23 年間で 400～500 万のオーダーの在宅の高齢者が出てくる。「私、今特別養護老人ホームにいる」「私も老人ホームに住んでいる」、「私は今病院にいる」「私は看護師だ」、「私は PT だ」、「私は医者だ」と言っても、保健医療福祉の支援を本気で集中的に在宅に入れない限り、在宅ではできない。500 万人というと、今の要介護認定受けてる人が全員在宅で対応することになる。一方、施設は、これ以上造っていけない。日本経済にはもう力がないから特別養護老人ホームを３倍造るとか、老健施設２倍造るとかそんなことできない。

日本人は覚悟が足りない。まず、自分の死に方決めてほしい。最後救急車に運ばれないで、家で孤独死でもいい。でも、骨皮筋衛門になって栄養失調で死ぬのは嫌だから、しっかり食べないといけない。死に方を選ぶことは、生き方を選ぶこと。「人生には目標が大事だ」と野中先生がいわれたが、自分の死に方くらい目標にしていただいて生きていただきたい。

高齢者にとっての一番大事なことは、居場所、行き場所、座る場所と、場の設定が大事である。高齢者が食べられない、車いすに乗って駄目なら、ベンチに連れていき、壁のほうの一番先に座らせて、後ろも２カ所支えてから「さあ、食べましょう」と座らせて食べさせる。栄養だけ取ればいいとか、寝かせたまま胃瘻や鼻腔栄養によって栄養補給するのではなく、座って｢食べること｣をチームでしっかり支えていくことが必要だ。

在宅患者の人生、生活、そして「食べること」を支える医療（野中博）

私は、昭和 47 年に医者になり、昭和 60 年までの 13 年間大学病院で治療にあたった、最初は救急医療、極端に言えば救急車で搬送された患者のベットサイド医療をやりたかったが､昭和 47 年には、慢性腎不全治療は、日本では泌尿器科や外科の医師が主にやっていたが、急性腎不全に対して、昭和 42 から 45 年前後からは大学病院の内科医も絡むようになった。私も内科医として透析医療に携わった。その後 48 年には浅草の診療所に戻って慢性炎人工透析の治療や在宅医療を担い、一般診療や透析医療をやってきた。48 年から浅草の診療所で慢性炎人工透析の治療に携わった。患者の治療

は救命が目的であるが、「食べること」の大切さを痛感し、栄養のことに関心をもってきた。その後、日本医師会常任理事の折に杉山先生と、高齢者の「食べること」の大事さについての話を何度もしている。

週３回、30 年以上治療している患者からは、病気の治療も大事だが、社会復帰、人生や生活を支えることが大事だということを学んだ。日常の体調はよくわかるが、毎日の運動、食事、入浴をどうしているかが大事である。さらに、一番大事なことは、患者の人生の目的である。患者がどういう人生を持とうとしているか、何をやりたいのか、それをちゃんと私たちが聞いて、それをどうやってサポートするか、それこそ医療が目指しているものだ。

在宅患者の行動変容（野中博）

透析患者は食事制限があるので、医師も専門職も正しいルールを知ってもらおうとするが、うまくしかない。患者は理解はしても食事制限はできない。しかし、人生に目標を持ったときには食事制限ができる。人生に目標を持たないで、「俺はこんな姿になって、透析を週３回受けないと生きていけない」とだけ思っている患者は、なかなか食生活や人生の目標ができない。看護師が患者の体重が増えてくると、「そんなに飲んじゃったの」とか言うが、患者のどういう行動があって、どういう結果としてそうなったのか。それをきちんと一緒になって、何がおかしかったのかって考えることが大事なのだから、看護婦にはいつも患者に聞いてほしいと言っている。

しかし、患者の人生の目標は、患者自身が掛わって一緒に考える。患者の行動変容をどうするのか。「たばこを吸っちゃいけない」と言うのではなく、「たばこをやめたほうが健康ですよ」「自分の人生とってどうなのか」と一緒に考えていくことが、最終的には患者自身が自分でたばこをやめようということになる。

地域の医療連携（野中博）

医療連携の意義は、診療所だけでは限界がある。患者の病状に応じて専門的な医療とちゃんと連携していることが患者の安心につながる。

患者から次のようなこの言葉をよく。「先生、栄養士さんの言うようにはできません」と。「先生、ラーメン一生食べちゃいけないですか」「この病気で食べていいもの、いけないものはなんですか。食べてよいものはなんですか」などである。管理栄養士は、おいしく楽しく食べて、人生をたとえ病気を抱えても、その病気を克服しながらどう生活していくのかを患者に聞けていない。患者が聞きたくないのか、聞こうとしないのか、あるいはこちらがそういう雰囲気で話していないのか。これは、管理栄養士だけではなく、私たち医者も看護師も同じである。ぜひ患者の言葉を大事にしながら、自分たちの自らの行動を考えみてほしい。

地域生活者の生涯を支える医療（野中博）

社会保障と税の一体改革や社会保障国民会議で議論されてきたが、2025 年まで、東京都の高齢者人口、患者人口が増大し、食事の問題も大きな課題になっていくことが推定された。現在の 80 万病床は 97 万病床に、介護施設の 93 万床は 160 万床なると予想され、医療費も介護費用増加するので改革シナリオが作成されている、

そして、居宅サービス利用者の現在 335 万人が、480 万人にまで増大することが見込まれ、これを地域の診療所と地域活動が受け入れことになる。管理栄養士もこの中での活動が増えると考えておくことだ。これからの医療は、単に病気を治すということではなく、地域の生活者の生涯を支える医療であることが大事である。病気や障害を抱えて

も、住み慣れた地域で安心して生活を継続できる、これが一番の国民が望んでいる医療の目標である。

患者の人生を物語る医療（野中博）

残念ながら医学がどんなに進歩しても、実はすべての患者を治すことはできない。特に、これからの高齢化社会においては病気を抱えながら、あるいは障害を抱えながら、地域や施設で暮らす人達を支えていく医療が大きな意味を持っているし、それが、国民の一番望んでいることでもある。最後の死ぬまでの間をどうやって人を支えるかということが大事である。この支える医療には根拠も必要であるが、実は患者と医療や介護の従事者が一緒になって患者の人生を物語ること、一緒に考え、その人にとっていい人生とはなんだろうかということを考えることが、医療のエビデンス以外にも大事だということを、ぜひご認識してもらいたい。その患者さんの人生を一緒になって物語ること、一緒になって作ろうというためには、３度の食事がいかに大事かということをぜひ理解してほしいと思う。おいしく楽しく食べるっていうことほど大事だと思う。

患者の退院後の生活を支える病院機能（野中博）

地域の支える医療において何が足りないか。居宅サービスは、患者が退院してから始まるものではなく、入院から始まっている。その入院から退院する過程がどうかをもう一回解明するべきだと思う。医者が中心となって治療をするが、院内の管理栄養士も含めてさまざまな職種の人たちが連携しているのか。大学病院にいたときには、管理栄養士が身近であったが、診療所に戻ってみると、栄養士はどこにいるのかわからない。自分のところで雇うしかないと思い、探しても在宅訪問をしてくれる管理栄養士がいないので、区役所と保健所の管理栄養士を活用する必要があると思って活動したことがある。

さまざま職種は病院内だけでの仕事をするのではなく、患者に寄り添って、病院の外に出ていくことがこれから望まれていると思う。病院の入院機能について考えると、確かに病気の診断と治療だが、国民が望んでるのは的確に診断して治療してほしいと、もう一つは退院後の医療と生活の安定の確保をちゃんと指導してほしいということである。この退院後の医療と生活に対する指導・調整の部分が、以前よりは対応されてきてはいるものの、まだまだ病院に欠けている。

患者は病気の治療を受けながら入院中生活をしている例えば２週間入院中禁食ではなく３度の食事をきちっと食べている。それでは、退院後の食事をどうしたらいいのかがある。患者が慢性腎不全で入院し「先生、今日塩じゃけが出たが、塩じゃけ食べていいですか」と言われた。入院中の生活の保持が、いかに患者にとって大事か。この入院中の生活の保持が一番退院後の医療と生活の安定の確保に通じる。この生活の保持において、一番活躍するのは看護師だ。看護師には診療の補助と療養所の世話っていう、大きな２つの仕事があるが、どうも今は技術にばかりに目が向いて、診療の補助だけが大きくなっている。実は看護師にとって一番大事なのは、療養中の世話であり、療養中の世話に対する看護師の認識が、管理栄養士、理学療法士、作業療法士とどう連携すればどうなるかということを考え動くことになる。私は看護師の療養の世話が非常に萎んでいることが残念である。それが訪問診療や訪問看護が伸びないことの原点だと思う。

退院後の生活の確保（野中博）

入院中の治療においては、例えば医師が治療方針を決定し、さまざまな職種がさまざまな役割の中で、日常の生活のアセスメント結果を報告して、

ケアカンファレンス、ケアプランの原案を作る。これが退院前カンファレンスである。この辺の調節をソーシャルワーカーがやることも必要であるが、様々な専門職がソーシャルワーカーに協力をして患者の退院計画を作ることが、患者の退院後の生活の確保に関する責任を考えれば当たり前である。私たち地域の医者に、あるいは介護支援専門員に、このケアプラン原案作成のためのサービス担当者会議に参加してもらい、退院後実行してもらう。この中にも大切な栄養指導が入っていることを理解していただきたい。退院後の医療と生活の安全の確保という医療の中では、この退院時ケアプランに退院後に多職種がどうやって連携するかが大事である。管理栄養士が地域でもっと活動の場ができていくのだから、頑張らなきゃいけないと思っている。

病院の管理栄養士が、ケアプランで動くだけではなく、地域の管理栄栄養士と顔の見える関係の中で情報の交換、共有、患者指導をすることが本来は必要である。地域において、管理栄養士同士にどうするのかという話ができていないために、現場で頑張っている管理栄養士だけがどうしても着目されてしまうという話だと思う。私はごく普通に病院と地域が管理栄養士、薬剤師、理学療法士、作業療法士等夫々の役割のなかでつながっていけばよいと考えている。

担当者会議とケアプラン（野中博）

介護保険では、サービス利用者が市町村の窓口に行って、認定調査申請をし、医師の意見書を書いてもらい、要介護認定を受ける。現在、要介護認定を受けた人たちは日本全国で 500 万人を超えている。私は 500 万人の要介護認定者数はすごいと思う。要介護認定を受けるためには医師の意見書が必ず必要だから、500 万人の要介護認定の患者に対して、一人一人医師が張り付いたことが、医師会としては非常にすごいことで、これをどう活用するかが大事と考えている。現場の人たちは「医師の意見書を書くのが面倒くさいから、医師の意見書をなくして」と言うが、私は、それは絶対なくせないと思っている。これが適正に書かれることがこれからの仕事だと思っている。

ご承知のように要介護１から５、要支援１、２の認定者に対して、ケアプランが作られて、さまざまなサービスが利用される。問題は現場の人たちには、要支援１、要支援２と、要介護１の境がどうなるかによって施設に入れるか、入れないかの大きな問題があるので、この認定問題に対して非常にシビアになっているが、要介護度を決めることの作業も大事だが、適切なケアプランを作ることによって、要介護認定しなくても本当は動くこともある。

しかし、介護保険認定の非該当になったことは決して残念なことではなく、むしろ、非該当として認定されたことによって地域の市町村の実情においたサービスが提供されるということである。本来、「食べること」は、市町村の実情においたサービスの中で一番大事なサービスのはずである。このサービスがなかなか理解されてないというのは、市町村の福祉がいかに後退しているということでもある。

介護予防の中での食事という部分において、もう一回市町村の役割を果たしてほしいということで、この地域支援事業が６年前に提案され、私もその認識で地域支援事業には理解を示している。特に、居宅の中で要支援の方々をどのように支援するかが大事である。

管理栄養士による居宅療養管理指導（野中博）

介護保険での医師の役割は、居宅療養管理指導と診療情報提供という２つ大きな役割がある。それ以上にもサービス担当者会議への出席があるが、

介護サービス担当者会議は先ほど言った退院調整や様々な部分で大事であるが、多職種が情報を共有することが一番大事である。参加できない場合には居宅療養管理指導とか、診療情報提供っていう部分が大きなウエートをしめてくるので、この違いを知っておくことである。居宅療養管理指導を、十分理解をしてほしい。大事なことは利用者に関わる居宅介護支援事業所の部分が介在するサービス担当者会議等を通じて、情報の共有をすることである。サービス担当者会議ありきで「指示をもらいたい」と言うのではなく、担当者会議で皆さん話し合うことが指示をもらうことになる。

特に、管理栄養士による居宅療養管理指導は、事業所の管理栄養士が計画的な医学管理を行ってる医師の指示の下に、当該利用者の居宅を訪問し、栄養に関わる情報提供や指導、助言をした場合に月２回を限度して算定される。管理栄養士が動くにはいろんな制約があることは十分承知しているが、地域の中で見える形で活動をしてほしい。

患者の不安を共有すること（野中博）

病気や障害を抱えた患者は不安を持っている。その患者の不安を共有することが、医者、看護師、管理栄養士等の専門職とって大事である。不安を共有することは、ともに考え、ともに歩んで、ともに病気に対して戦うことである。医療も介護も患者との共同作業であることを理解していれば、患者の不安が安心に変わり専門職への信頼となるが、そのことをしなければ不安が不満になって、そして不信につながる。

これは医療の永遠なテーマだと思う。患者と私たちがともに戦う姿勢を見せると患者は安心して、その中で人生の目標をともに考えていくことが栄養指導の中でも必要だ。

医療の目的は、病気を治すことだけではなく、人間としての尊厳が尊重され、住み慣れた地域で家族と安心して暮らすことを医療を通じて支援することである。最近では、私たちも在宅の癌の患者末期を支援することがある。残されたたとえ３週間、１週間であっても患者さんとの家族との触れ合いが大事だっていうことを、私は常に感じてきた。

大学を辞める昭和 60 年頃に、病院で亡くなる患者の死亡確認をしていて、患者と家族との関係が「こんな冷めた関係で、こんな機械的でいいのだろうか」と思いながら大学を辞めた。そして、地域で開業して患者から往診依頼が来て、苦労して患者の家でご家族と一緒に患者の死をともに送ったときには、「家族との触れ合いがある。これが本来の姿だ」と、私はそれ以後、患者がたとえ１日でも、たとえ何日でも、家族と交流しながら人間らしさを覚えている、それを支えるというのが私たちの医療だということに誇りを持っているし、そこに楽しさを持っている。患者が何か一口でも食べて、「楽しかった、おいしかった」と言ってくれることに対する喜びを是非、管理栄養士にも感じてほしいし、当然食事療法が必要な人に対して、適切な食事指導を通じて健康の回復や健康の維持に寄与する活動を期待している。

多職種と手をつないでいる実感（野地有子）

現在は、看護職の教育の仕事をしているが、以前は病院と保健所で仕事をしていた。病院も保健所もご存じのようにいろいろな多職種の医療職集団であるが、当時は同じ空気は吸っていても、一緒に手をつないでいるという感じはなかった。最近では多職種と一緒に手をつないで仕事をしているという実感を持てるようになってきた。最初に、今まで活動した中からの事例だが、何か仕事を新しくするときには、一から始めるというよりも、既に始めているグループにジョイントするのがいいと思う。

「まちの保健室」（野地有子）

８年程前、新潟県で「まちの保健室」という活動をしていた。その活動には栄養士グループとして上越市栄養士会の方が参加された。「まちの保健室」は、日本看護協会のプロジェクト事業として始まり、全国に広まった。国民全体に意見を聞くと、「何か具合が悪くなって病院に行くまででないときどうしていますか」という問いに対して「家族や近所や親せきにいる看護職の方に相談する」っていう回答が多かったそうである。そこで、身近に国民にサービスを提供するために、「まちの保健室」と銘打ち、誰でも自由に気軽に健康相談ができる活動をし始めた。今では各都道府県の看護協会を中心に看護大学も提携して、デパートやいろいろな場所で同様のサービスをしている。

「まちの保健室」のサービスを活用して看護大学と新潟県の看護協会では、上越市役所も参加し、市民プラザに定期的に２週置きの土曜日の午後の予約の便も図ってもらった。もちろん、インフォームドコンセンもおこなった。受け付けをして、予約なしで、デイサービスが提供され、回収データーは統計的に報告書も出されて、自由に意見を聞いて、途中でも中止を申し出てもよく、出入り自由ということをし、体脂肪や骨密度も測った。

相談を受けている看護職も病院の現職の方や退職した看護職がボランティアでやった。実はその看護職が上越市栄養士会会長とよく２人でいろいろ話をしていて「実はまちの保健室でこういうことやっていて、普段病院では忙しくてもっと患者さんの話を聞きたいのに聞けなかった」「退職したあとに地域に貢献したい」「実はこういうボランティアがあって自分はやっている」と話したところ、栄養士会会長が「それは興味深くて、自分たちもやりたい」という話になって、２年目から管理栄養士も一緒に入ってもらった。管理栄養士もボランティアで病院から学校のまでのいろいろ所属があり、それぞれの職場で工夫している健康教育や栄養教育の教材や手作り教材を栄養相談に活用してくれていた。

この「まちの保健室」に、春日山の麓にある自治会の健康推進員から「自分たちの町内会にも来てほしい」と言われ、出前まちの保健室も始めた。そこで、安静時のエネルギー代謝を測定すると声を掛けたところ町内会の方が大勢参加した。測定を待っている時間に、ミニレクチャーをし、市役所健康増進課からもバックアップを受け、近隣の市町村からも見学に来てくださって、大学のほうでは、こういう場を学生の実習の場にしていこうということで、交流がずっと継続した。

栄養ケア・マネジメントについて（野地有子）

栄養ケア・マネジメントの歴史を見てみる。介護保険制度の改正では、食べることを通じての栄養ケア・マネジメントが報酬として盛り込まれたことが大事である。2010 年には栄養サポートチームが正式に医療報酬の対象となり、これを受けて、平成 22 年から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指導者研修会を全国の４カ所で実施し、在宅高齢者のための栄養ケアチーム研修ということで、「いよいよ地域だ」ということで、この東京の会場が最終回であるが、熊本からずっと今日の東京まで研修を進めてきた。

病院で治療を受けるというのは、ここ何 10 年かの話で、もともと医療や人のケアは、人々の生活の場の中にあって、あるときから病院に集約されて、また地域に帰っていくことでは原点に戻っていくことが、もう一度注目されている。

患者の７つの期待（野地有子）

栄養ケアチームは誰のためか。2001 年、ガータイスによる『ペイシェンツ・アイズ』という有名な本のなかに、患者からの７つの期待がある。日

本語にも翻訳されているが、これを別の言葉で表してみると、患者から見た栄養ケアチームへの７つの期待と読み解くこともできる。

まず、患者の価値観、意向、ニーズの尊重、もう少し別の言葉で言うと個人として扱ってほしいということ。最近は、高齢者の方でも「おじいちゃん、おばあちゃん」と言うのではなく、お名前でお呼びするというのも、患者を尊重した事例である。

２番目がケアの連携と統合、誰かが責任を持って見続けてほしいということ。この誰かは、何々職でなくてはならないことはない。その方の病状、背景、現在の状況に応じて、多職種連携に誰が責任を持ってリーダーになるかは、チームやケア会議に、本人や家族も参加（毎回ではない）して決める。本人や家族はチームの中には入っている誰かが責任を持っていてほしいって思っている。

３番目が情報、コミュニケーション、何が起きているのか、起きるのかが分かるようにしてほしいということ。

４番目の体の苦痛の解消。病気に伴う体の苦痛を和らげてほしい。５番目の心情的支援と恐怖、不安の緩和。病気に伴う心の苦痛を和らげてほしい。６番目の家族と友人の看病、私を気にしてくれる人たちへも気を遣ってほしいということ。そして、7 番目、最後の転院、退院とケアの継続性。退院したあとの不安も気にしてほしい。このような患者の期待を受けて、居宅、在宅ケアにつながっていくことになる。

平成 20 年、健康・栄養システム学会では、低栄養状態への栄養改善サービスがなかなか地域で進まないので、介護支援専門員が把握した地域高齢者の実態を把握した。介護度に関わらず低栄養状態のおそれの方が非常に多くいるということであったが、一人一人がフェース・トゥ・フェースでの日ごろのお付き合いや関係づくりが大事になっている。

全国８市でのグループインタビュー（野地有子）

全国８つの市でグループインタビューし（１回２時間）、市の介護保険課の行政の担当事務官の方、介護支援専門員、県の栄養士会、また保健師、設置主体の異なる管理栄養士が参加した。管理栄養士が互いに「初めまして」と言って名刺交換し、本当に施設が違うと出会う場がない様子が見受けられた。

主な結果は、地域の体制づくりの課題、そして、「栄養は大事とみんな分かっているが、目に見えないから関心が低い」「介護支援専門員と管理栄養士の同行訪問が必要」「設置主体の異なる管理栄養士の連携」が必要とされた。

障壁として、「高齢者の経済問題」、具体的には「メタボは食事を減らすから言いやすいが、低栄養の場合は例えば魚や肉を購入しないといけないので、経済的な家計に影響があるので難しい」などの意見があった。また、「必要性が求められないから、本人･家族の同意がとれない」「慣れない人が家庭訪問をすると＜問題ありません＞と言って玄関でドアを閉められる」「日々の生活に大変で、食事を準備することは簡単なことではない」「在宅はまず入り口が大事である。病院だったら痛みなどの何か理由があるので、医療者の言うことは聞くけど、在宅の場合には、ご本人、ご家族が判断するので難しい」「訪問看護師や訪問介護職とともに管理栄養士が訪問することもよい」などの意見が印象的であった。

地域連携のための協働：管理栄養士のイメージをかえる（野地有子）

地域連携による協働事例として、情報収集には、「通所介護事業所での栄養改善のアセスメントに管理栄養士が介護支援専門員と一緒に在宅訪問を

している」「設置主体の違う施設管理栄養士が一緒に病院で栄養状態のフォローをしている」「通所サービスやショートステイを利用し、在宅高齢者や家族の「食べること」を支援する」「いろいろな施設や事業所のサービスを利用して身体状況や栄養状態の改善をはかる」などがあげられた。

高齢者は食べることを意識するようになると食べられるようになって、体力が付き元気になる、ご本人の意識や気持ちを変えるということが大切である。若い働き盛りのころに「コレステロールが高い食事はよくない」と栄養指導を受け、それが徹底されていると、本人や家族はずっとそのことを信じて、むしろ終末期で状況が変わったときや今まで制限していた食事が必要なときでも、状況に応じて変化させられない。そこで、人生を通した「食べること」への支援が求められる。

この研修は高齢者が対象であるが、子どものことにも結局つながっていくので、専門職として生まれてから亡くなるまでのライフスパンでの身体の成長、発達、心理的な課題への対応を臨機応変に組み合わせていくことが求められるが、特に高齢者への対応はその集大成になる。

栄養改善の推進についてのインタビュー内容のうち「管理栄養士のイメージを変える」については、管理栄養士は、何が仕事かを限定しないで、今回の研修の「食べること」という、この言葉の奥深い意味をよくキャッチして、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、介護職、看護職等の専門職がそれぞれが協力していくことが大事になる。

「ペイシェンツ・アイズ」で見たように、高齢者、家族の参加を得ながら、市民と一緒になって、市民から「来てほしい」と言われるような専門職を目指すことだ。

退院支援を支えるチームの取り組み（太田貞次）

地域の中で高齢者の「食べること」を支えるチームでの取り組みについて、今一番大きな課題は、急性期の病院から在宅へ戻るときの退院時の支援である。地域包括ケアシステムの仕組みづくりにおいて、食べるということを支えないと、地域のケアシステムは、うまく機能しない。

東京都社会福祉協議会で行っている退院支援の調査プロジェクトの責任者をしているが、東京都特有の状況が生まれている。急性期の病院の在院日数が、非常に短くなって退院が迫られてくると、在宅での支え方が、実は今大きな課題になっている。しかもそのことがうまくいかないと、一番見つけづらい高齢者問題になってくる。調査では、高齢者の退院相談において、「行き場の見つけにくい高齢者がいる」ことが明らかになった。この調査では、病院の退院支援セクションや地域包括支援センター担当者、一部、居宅の介護支援専門員を対象としているが、退院時に行き場をみつけられない人の半分は単身ではなく、家族と同居している人であった。また、半数以上が、医療区分Ⅰの医療がそれほど必要ではないが医療を欠かせない人たち、もっと簡単に言うと胃瘻をつけているが、ほかに特に大きな問題はないというような人が、実は行き場が見つけにくい状況にあった。しかも、生活保護の場合は、役所が責任を持って、在宅が無理なら行き先を見つけてくれるが、そうでない人では、例えば東京の自宅に戻れなければ、埼玉、栃木、群馬のグループホーム、高専賃、サービス付き高齢者向け居宅を探して、うまく探せればいいが、探せなければ、在宅に戻る。しかも、家族が同居しているケースの行き場の見つけづらい要因を見ていくと、もっとも多く見られるのは家族の介護に次いで、認知症、精神疾患、経済状況、本人のADL、疾病の増加と続いて、注目すべき点は、１ケースあたり、平均３つ以上も要因が重なっており、複雑な要因を含みながら、在宅支援が難しくなっている。

これに対して、退院支援の、新たな仕組み作りが必要となる。退院時に病院と在宅、医療保険と介護保険のチームが一緒になって、この人はこんな支援があったら、退院ができるのではないか、在宅でできるのではないか、いや、この老老介護は難しい、グループホーム、特養、老健に、いけるような仕組みづくりをもう少しするためには、チーム作りが大切であり、そこに管理栄養士が入って、食べることの支援を積極的に行うことが大切である。何を食べ、どのように食べれば、在宅で過ごせるかということを、具体的に示すことができるチームが求められる。高齢者の居場所を作って、「食べること」を支援する仕組みづくりをしていくと、もう少し、退院後の高齢者の行き場所の問題は解決すると思う。

介護保険制度設立から 10 年がたち、在宅サービスが大きく増えたが、病院と地域の仕組みづくりがこれからの課題である。この仕組みづくりがうまくいくと、地域包括ケアシステムの仕組みづくりも、もう少しうまくいくと思う。

家族介護力を支える地域の仕組みづくり（太田貞次）

この 10 年間で、家族の介護力がずいぶん変わってきた。一つは、主な介護者で、介護職という場合が 10 年前と比べて増えた。別居の家族介護者も増え、同居は減っている。同居の家族介護者の中身が変わって、嫁による介護が減って、老老介護が増え、子どもの介護が増えてきた。働きながら介護する人の支え方が大事になってきた。

男性の介護者の中には虐待事例や心中事件も多い。実は家族介護者の問題には排泄や見守りに加えて、日常的な食事の問題がある。そこで、地域の中でチームとして食の問題の専門家が入って発言をしていくことが大事だと思う。

もう一つ、同居している家族介護者の介護時間の問題がある。これは主観的な介護時間だが、介護保険が導入されてもほとんど終日半日以上の介護時間割合が変わっていない。デイサービスや訪問介護利用をしていても、実は減っていない。見守りとかで、離れられないということがあるのかと思う。チームでどのように解決するかが今後の大きな課題である。男性介護者の支援、介護者支援を少し広げてくことが求められる。80 年代から家族介護者の支援が広がってきていたが、介護保険制度が導入されてからその勢いがなくなった。今更に、家族介護者支援が大事と、国としても取り組まれて多くの人も感じるようになってきた。

調布市ネットワーク作りに家族介護者の多くの人が参加するようになった。その後の討議では地域包括支援センターは役に立たないと言っている。その場に一緒に地域包括支援センターの人も来て一緒に話している。地域包括支援センターの人は熱心でやる気のある人で、家族の理解者で、終わったら一緒に家族会の集まりを支援しようと言っているのに、その人たちにそういうふうに言う。家族介護者支援の法的な支援も必要かと思うが、一緒に考えていくことが大事で、家族介護者が集まる場を作ってそこに、食事支援を組み込んでいったらよいと思う。

食べることを具体的に家族の介護者に、上手に合わせながら示していくとことが求められている。そういう意味で、チームでの事例検討において「食べること」を取り上げることが重要になっている。

高齢者の住まいと介護と医療と予防、個人の支援と地域の支援づくりを両方重ねた地域の仕組みづくりが大事だ。地域高齢者の一人一人を支えるためには、食べるということについての大きな仕組みづくりをしていくことだ。

地域包括ケアシステムは、介護保険だけではない、他のサービスもいろいろ重ねていくといって

も、そこにチームがなければうまくいかない。チームの仕組みづくり、特に、地域のいろんな関係職種がしっかり集まって、自立、軽度、重度の高齢者を、しっかりと地域で支えていくという仕組みづくりをしていることが大事である。病院からの退院時には、きちんとどこでどんなふうに暮らしていけるということをアドバイスして、しかも、専門職チームが確保できるということが大事だ。

在宅高齢者の「食べること」を支援するには

この 40 年間ほど在宅高齢者ケアの支援を課題としてきたので、様々な職種の方々とかかわってきた。もう 30 から 40 年前になるが、訪問看護が地域に定着する姿、それから訪問リハビリテーションの人たちが地域に定着する姿、それから訪問歯科の方々の定着する姿を見てきた。そういう意味で言うと訪問介護も、90 年くらいから大きく様変わりしてきた。在宅の事例検討からも、随分食べることへの支援の重要さを感じるようになった。

特別養護老人ホームの実践例をいくつか研究会で伺ったが、「食べること」をチームで支援することによって、入院率が下がって経営状態が良くなるという。経営状態が良くなると職員の待遇が変わり、モチベーションが変わってくるので、離職率が変わっていく。具体的に言うと何年もあったら収入の差が出てくる。職員に対して研修内容もいろいろと変わってきている。

病院や長期療養の変化、医療と介護の連携のところで、介護支援連携指導料とか医療推進加算を追加して非常に大きくこれから変わろうとしている。食べることは在宅高齢者の生活の基本だが、在宅での食べることの支援は崩れやすい。しかも特別な基準が実はないと言える。

先日、網走元刑務所に行ってきた。かつての受刑者たち生活の様子が展示されていた。まず、風呂は週２回以上､入浴時間は 15 分以上となってる。刑務所の法律が 2007 年に変わって、特養の基準に合わせて週２回以上となった。フィンランドの特養ではサウナが週１回、これが 1966 年だったと思う。今、介護支援専門員は、地域でそれを目標にしている。食事は明確な基準はなかったが、１日３回の食事を出さない施設はない。３回プラスアルファって言ったほうがよい。

在宅は実は地域の人たちの問題で、震災で一編に崩れたときに問題になる。食べることの支援は実は地域の社会の生活を考えるキーポイントであり、大変難しいところでもある。地域包括ケアシステムという仕組みをこれからどうしようかということである。

地域の自立の高齢者数を多くし、軽度の人はサービスをうまく使ってできるだけ重度にならないようにし、重度になったら安心してサービスが受けられる仕組みを地域ごとに作っていくのが、これからの私たちが目指そうという方向である。これをうまくやっている自治体はまだ残念ながらない。そういうものを目指そうということになっている。

地域包括ケアシステムの仕組みには食べることの支援が欠かせない。これなしにおそらくうまくいかないし、食べることがうまくいかなければみんなが安心を求めて施設に来る。そのことが今大変大きな課題で、地域の中でそれをどう作っていったらいいだろうかっていうことが、大きな課題ではないかと思う。

そこで、安心したシステムにするためには、生活の基本を支える仕組みを、どういうイメージで作っていくのかが大きな課題である。そこに挑戦している町が少しずつでてきている。

北海道の美瑛町は 12,000 人の町である。地域を５つに分けて、小規模多機能グループホームを地域に作って、サテライトしながら地域の安心を図る仕組みづくりをしている。この街では特養の待

機者の中身が少しずつ変わってきた。しかし、医療の問題も抱えており在宅医療が進まない。全国の経験をいろいろ生かしながら地域で作っていくということになる。青森の鶴田町にもよく行かせていただくが、介護保険の高い町で気候も大変なところである。まだ大きな課題を抱えている。

高齢者の生活と意識に関する国際比較から（伊達ちぐさ）

第６回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査（平成 17 年）において、日本、アメリカ、韓国、ドイツ、フランスの５か国の各国の無作為抽出された 1,000 名を対象に生活の総合満足度について、生活に満足している、まあ満足している、やや不満である、不満であるという、４段階で、満足しているは日本34.6%、アメリカ73.9%。韓国11%。ドイツ 58.9%。フランス 45%程で、まあ満足しているという人を加えると、日本が 90%以上となり、韓国を除いて、日本、アメリカ、ドイツ、フランスもほぼ満足しているようである。

これらの人々が、日常生活において援助の必要度をどのように考えているか、まったく不自由なく暮らせる、少し不自由だけれども何とか自分でできる、不自由で一部ほかの人の世話や介護を受けている、不自由で全面的にほかの人の世話や介護を受けている 4 段階では、日本は、まったく不自由なく過ごせるが 85.0%と、不自由な者は非常に少ない状態である。アメリカ、ドイツ、フランスでは、不自由で全面的にほかの人の世話や介護を受けているという回答が多く、韓国と日本は不自由で全面的にほかの人の世話を受けているという人は少ない。

この調査は、５年ごとに行われ、平成 12 年に第５回が行われ、この５年間の間にまったく不自由なく過ごせる人が増えた。それから、少し不自由だが、何とか自分でできるという人が増えている。少し不自由でほかの人の世話や介護を受けているという人が、前回 2.4%から 2.2%になった。不自由で全面的にほかの人の世話や介護を受ける人が、0.4%から 0.6%になった。この前回の調査から比べると、不自由なく過ごせる人が増えているという状態にあった。

その中で生きがいを感じる時は、どういうことですかという複数回答あるが、注目したいのは、食事に関することで、日本の回答では、一番生きがいを感じるのが子どもや孫など、家族との団欒のとき、これが 5 カ国なかで１位だが、その割合が 48%と一番低く、アメリカ 71%、その他の国も 62 から 63%と非常に高い数値になっている。日本では２位が趣味に熱中している 38%、アメリカ、フランスでは３位、ドイツでは４位、テレビを見たり、ラジオを聞いているときが、日本 33%で 3 位、アメリカ、韓国では５位、旅行に行っているときというのが日本では 33.3%で４位、ドイツで 3 位、フランス４位という形で回答された。日本の５位は、友人や知人と食事、雑談しているときが 33%であり、ほかの国では、この項目は 2 位で、アメリカやドイツでは 50%以上で非常に生きがいを感じる時であった。アメリカ、韓国、ドイツでは、おいしいものを食べているときというのが、生きがいの中に入っていたが、日本は第６位で約 29%という数値であった。日本の健康な高齢者は、ほかの国に比べて、相対的に食べ物に関しての注目が低かった。

買い物弱者（伊達ちぐさ）

最近いわれている買い物弱者、よくマスコミなどでは、買い物難民という。買い物弱者は、平成 22 年の高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査から、地域の不便な点の複数回答として、日常の買い物に不便だが一番多く総数で 17%、人口密度別に大都市で 14.2%、中都市で 17.2%、小都市で 18%、

町村で 20.4%、人口規模が小さいほど日常の買い物に不便だということだった、次いで、医院や病院に通院に不便、交通機関が使いにくく、まだ整地されていないが上位３位で高かった。　次いで、散歩に適した公園や道路がない、近隣道路が整備されていないが少しみられた。

この調査は平成 13 年、17 年、22 年と調査が 5 年毎に行われ、平成 13 年には、医院や病院への通院に不便が１位、平成 16 年、17 年からは日常の買い物に不便が１位になり、平成 22 年もやや増大している。医院や病院への不便というよりも、日常の買い物に不便が、だんだん増大し、生活に不自由しない人でも、食料を入手するということは非常に難しい地域があると考えられる。

東京都の東村山市駅周辺まちづくりアンケート調査結果から、平成 21 年に現在住んでいる地域の主な問題点を何かと調査したところ、１位は、街並みに統一感、一体感がない、２番目と３番目は、空き店舗が目立つ、日常などの買い物が不便であり、日常的問題として、買い物がしにくいことが挙げられている。これは、昔元気なときに坂道の上の方に建てられた住宅などで、高齢になって生活がしにくい状況になっている。

日常の食料品や、日用品を買うとき、若い人が高齢者になったときに重視するだろう項目は、若いときには、安いということが一番買うときに重視すること、それから、品質に安心できる、近くて便利なこと、新鮮なこと、品数が多いことであった。若い人が高齢者になったときには、近くて便利なことが一番重要であり、そして、商品が選びやすい店、店員が親切であり、宅配などのサービスがあるというような、品物の選択のときに非常に買いやすいことが将来必要になるだろうと考えられる。

今のまま高齢者人口がどんどん増えてくると、とても食料を買いに行く時間や労力がないので、宅配や Web 上で申し込むという方法を考えなければならない。

これは、英国のショップモビリティということで、高齢者、障害者に対して、買い物のための、電動または手動の車いすなどを貸し出し、そして地域や商店街やショッピングセンターまで、買い物のための移動を助けている。これはイギリスでは、1990 年代から行われ、全国の組織が中心となって、高齢社会に対応している。

パプアニューギニアの高齢者（伊達ちぐさ）

30 年ほど前に、パプアニューギニアに調査に行った。パプアニューギニアは、主食がサツマイモだけなのに、筋肉たくましい人たちが生活をしているのはどうしてかを調査しに行った。住民台帳も何もないで、一つの 1,000 人位の地域から、一軒ずつ家を回って、家族の台帳を作った。そうすると、人口ピラミッドの頂点は高齢者になり、ただ、生年月日が分からないので、年齢も家族構成から推定するしかできなかった。普通、高齢者は女性が多いが、未開発地域では、女性は出産の時に亡くなるので高齢者は男性が多い。60 歳以上の老人がみんなが集まって、トランプをしたりしていた。何をするでもなく、ずっとみんな集まって、一日ゆったりと過ごしていた。暖かいところで、はだかで暮らし、袋を中に食料であるサツマイモの焼き芋を入れて、電気、水道、ガス何もないので、芋をたき火の中に入れて焼いている、そして、自分の好きなときに食べる。家族そろっての食事は、普段はなく、朝、昼、晩とすべてサツマイモだけ、それを毎日 1.5 キロぐらいは食べて、ビタミン C やたんぱく質もほどほどにあったので、サツマイモだけでも生き残れた人達だった。年に１回のお祭りのとき、近い町や部落に、踊りながら行って、向こうで接待を受ける。そして、お祭りが１か月ぐらいは続く。この期間に、石蒸し料理

をして皆をもてなす、そのとき年に１回だけごちそうを食べるというシステムであった。

年に１回だけ猪のような豚を殺してこの中にサツマイモなどと一緒にほかの野菜も入れて食べる。部落全体が集まって、一緒に料理をする、若い働きざかりの人たちが山をくずして、一番いい豚肉とおいしそうなものを高齢者にまず取り分ける。食に対する夢や希望というのがあまりないかもしれないが、年に１回は、地域全体で高齢者と子どもたちのために食事をとりよせていた。

こういう分け合いも、地域全体、部落全体での取り組みということである。この辺りが、今の日本人には消えてしまった。昔だったら、もちつきして、たくさんの人たちが集まって、食べたということもある。そういう機会も少なくなり、そして、食べることへの興味が、ほかの国に比べてそれほど優先的にはなってないということを考えると、やはり、高齢介護の状態でもっと食べるということの意識づけ、もっと元気なときから食べるということがいいことだ。食べるということを通して、地域の中でもみんなの連携をはかることが、たぶん日本でも昔はあったと思うので、何か考えていかなければならない。

高齢者の食育（吉池信男）

高齢者を含めて食べることを支援するための環境作りという意味で少し話題提供をさせていただきたい。食育が始まって５年ちょっとがたった。この食育が、農業政策であったり食品安全であったりと政治的、政策的理由で始まって、いろんなものが詰め込まれてよく分からないというところがあった。

例えば、小学校、保育所といった子どもに対してのアプローチであったり、農業体験、地産地消という色が濃くあった。５年を経てこの４月に第２次食育基本計画ができたが、意外とまだ知られてない。その中に３つ柱があり、１本目の柱が生涯にわたるライフステージに応じた切れ間のない食育の推進と。要は子ども中心ではなく、母さんのおなかにいるときから亡くなるまでの一貫した食育、これを生涯食育社会と呼んでいる。

生涯食育社会には、高齢者に対するアプローチとして、去年８月の介護予防　地域支援事業の改定前で、一般高齢者の一次予防を地域でどう進めていくのかも食育の１つと具体的に書かれている。

買い物難民に対する環境整備（吉池信男）

買い物難民は、600万人と推定される。そこで、高齢者の身体機能や生活機能を維持できるよう、食育を推進するとともにその支援、環境整備等を促進することについては、市町村の食育推進の計画の一つとして熱心なところはしっかり作成され、議論もされている。さらに、高齢者の介護予防等を含めて、一貫して何か取り組みがなされれば良いとは思うが、それぞれ所轄が違うので危惧している。

食育の計画には、買い物難民ともに、近頃よく使われる言葉としてフードデザートがある。食べるデザートではなく砂漠のほうのこと。その定義は、社会経済環境の急速な変化の中で生じた、生鮮食品供給体制の崩壊と社会的弱者の集住という２つの要素が重なったということで、これは健康悪化問題につながるということが日本というよりは、欧米等で明かされてきた。

青森市を考えていても新町の商店街、シャッター化され、ニコニコ通りもそうだが、今までは小売業があって、そこにご近所から買い物に行けたが、いまや大通りに面したショッピングモールのところがスーパーとなり。車がないと買い物にいけない。

中越大震災で山古志村のほとんど村民の方々が、長岡の仮設に移られたときにまさにそういう状況

であった。お年寄りの多くが仮設住宅に移ったが、食べ物を買い物に行くために、移動販売車等がだされた。このことが報告されているインターネットでこの地域生活インフラを支える流通のあり方研究会報告書はホームページからダウンロードできる。計画書ではどういうふうにコンビニやそのほか流通を今後発達させるのか、冷凍食も含めて検討された。

平成17年度内閣府の調査では、高齢者の住居と生活環境に関する意識調査において、日常の買い物に不便を感じている高齢者が４年前と比べて、16.6ポイント増えたという。この数字から600万人という買い物難民の数が推算されたたようだ。一方、平成20年度国土交通省の人口減少高齢化の進んだ集落等を対象とした調査において、例えば陸奥や川内も対象となるかもしれないが、一番の大問題が近くに病院がないことで、３番目に近くで食料や日用品を買えないこと、４番目が猿、猪等の獣が現れる。

現在、土地工学研究者がこのフードデザート問題にかなり興味を持っており、GISという地図ソフト（1万円ほどで購入可）を用いていろんな分析ができる。例えば、水戸市を中核都市の代表としてみてみると、以前食品スーパーがあったが街中で次々つぶれてなくなって郊外に移っているところが、フードデザートレベルが色濃くなっている。この地図ソフト使っても食環境の一定の評価ができる。

この水戸市で調査では、80歳以上が30％、70歳代52％と。単身32.6％、夫婦34.9％、７割が自動車を利用しない。男性２割、女性８割が買い物を主に徒歩で買い物に行っており、買い物頻度が週に１、２回というのが一番多い。買い物担当者は自分や配偶者、買い物ヘルパー少なかった。宅配サービスの利用状況は２割、配属サービスが５％であった。この集団の食パターンについて簡単な頻度調査法を行うと、その食品摂取の多様性を変数としたとき、つまりどのような要因が揃えば高齢者の栄養状態の維持に良いかという分析をすると、自分の子どもや近所の友人知人等、配偶者以外の人が買い物をするという環境があると、買い物頻度が高くなる。買い物の状況が、食品摂取の多様性につながっている。それで、買い物は食品の入手だけではない。古川に住んでいるが、歩いて２分のところに古い市場があって、地べたにおばあちゃんたちが座って、野菜並べて売っている。ここで、高齢者が一緒に話して買い物するのが良い、会話も含めて近くに買い物環境があるのがよい。宅配という選択肢もあるが、身近に買い物環境をうまく作ることである。経済産業省が行って、より具体的にはコンビニやネット販売をどう活用するかが検討された。ニュースではコンビニ・チェーンが高齢者にタブレットのiPadを貸し出してそれで注文できるようにするという取り組みが紹介されていた。

買い物はある意味いくつになっても楽しい。子どもにとっても始めてのお買い物があるように、高齢者にとっても買い物環境が少しでも維持されると良いと思う。例えば、生活協働組合では、買い物弱者に多様なサービス、宅配だけではなく、そのときに安否確認を行などの取り組みを行っている。

さらに、高知県では、県の補助を受けて移動販売車；ハッピーライナーがビジネスとして稼動している。ただこの報告書によれば、まだ全国で150台程度しか稼働していない、要は商売にならないというようなところがあるが、移動販売車についても今後増えていく必要がある。

今年度の国民健康栄養調査の項目でも生鮮食品の入手ルートについて初めて全国調査が行われ、生鮮食品がどんな形で入手されているのか、あるいはいわゆる買い物難民がどの位いるかというデ

ータが出てくる予定である。

ITネットワークの活用（吉池信男）

９月に青森県栄養士会福祉栄養協議会で話をした。最後の写真、すずこの写真だけ感動してもらった。ある飲み屋でのすずこ飯、１杯350円。ご飯のサイズの量の半分ぐらいの容積でこんなすずこ食べて良いのだろうかと思いながら、どうしても食べたくなる。こういうものを、やっぱり食べたいときがあるかなと思う。こういう写真をFacebookという近頃流行のソーシャルネットワークにアップして、きょう講演会で自分の話は全然受けなかったけど、この写真だけが好評でしたという話をするとすぐ反応してくれて、あれこれということで盛り上がる。高齢者へのアプローチとして、今後は、ITのネットワークは大事と考えている。

遠くの親戚よりも近くの、もしかしたらFacebookのお友達のほうが、ちょっと具合悪いんだけどねっていうとすぐレスポンスが来るようになる。実はFacebookできょうの研修会についても、朝一でこの研修会がとっても素晴らしい、良い勉強になっているということが参加者の一人から発信されて、それについても反響があった。将来は、ITによるソーシャルネットワークも活用しながら、みんなが楽しく幸せになれることを支えることができたら良いと思う。

地域計画学から（宇田淳）

私は、建築家で、地域の中でどういう施設が必要なのかを考える地域計画学を専門としている。地域に、例えば低栄養の人がどれくらいいるか、その人々に何をしてあげられるかを考える仕事をしている。箱物である病院は、どんなサービスを提供するのか、地域包括支援センターはどうするのか、在宅でどのようなサービスを提供するための施設をつくるのか考える。高齢者であれば介護保険施設や事業所、子どもであれば保育所の設計をする

建物をつくると、今度は情報システムを入れる。例えば、病院に電子カルテを入れるにあたっては、病院から連携施設の先の福祉施設にどういう情報が提供できるのかを考える。たとえば、広島県北西の安芸太田町は高齢化率 50%に近い所で、人口 7,000 人強ぐらい。平成７年から平成 12 年で人口が増えている所は、この戸河内と筒賀と加計の３つ、 特養ができると高齢者人口が増える。一方、地理情報システム、機能資源の場所、どんなサービスを行っている所がどこにあるのか、道路、アクセスビリティや人口をみる。例えば、嚥下障害や在宅サービス利用者がどこにいるか。それを合計して、時間距離を計算し、病院から 10 分圏域内や 20 分範囲内の状況が把握できる。冬には、雪結構深くなるので行けなくなる。在宅高齢者の栄養ケアチームといっても、たとえば 15 分移動で 15 分仕事をするということになると、実際的にはマンパワーの半分しか使っていない。訪問サービスほど非効率な問題ないとされている。経済学の立場からすると、非効率なサービスを提供されても在宅は成立しない。そうすると施設サービスだと言われるかもしれない。

一方、建築学的には、厚生労働省はケアハウスや特養老人ホームでの食事付きのサービスをし、国交省が考えている高専賃や高優賃は食事のサービスは付いていない。

一方、施設間の連携、コンピューターでの電子カルテや紹介状の共有化がある。高専賃住宅の一番下に診療所や在宅訪問サービスを入れると、電子カルテのミニ版を持って、上の高専賃を往診し、情報を共有する仕組みを作り始めている。今後は、病院や介護施設をヘルスレコードでつなげていく仕組み作りが求められる。

診療所であれば、事業を拡大していくときには、iPad の電子カルテに医師、訪問看護師、患者・家族自身、様々な多職種の情報を入れていく。そうすると、メディカルオーディットや評価委員の人たちが入れて、そのデータベースをリアルタイムに作成できるようになると考えられる。

ただし、栄養サポートチームの仕組み作りのための電子カルテの設計上、患者が入院し、今後、職種に関係なく在宅訪問に行けるようになると、権限の委譲、責任の移譲をどう明文化するのか、システムとして誰が責任をとるのかが必要になる。今の流れを仕様書として内容を決めると 23 項目になって、富士通の栄養サポートチームの電子カルテの仕組みに入れたが、その後３年間経て仕様書一行も変わってない。修正が必要であれば言ってほしい。栄養専門職の声は小さく、電子カルテで、会議に行った時にも言ってくれない。「もっとこんな使い方したいのに。ここ直してくれ」と言ってほしい。栄養ケア・マネジメントのほうは、毎年バージョンアップしている。

地域の中でどういう立場のところで、どんなサービスをするのか、戦略的にシステムを考えるといいと思う。改善のための情報を集めることに積極的になっていい。

電子カルテなどのコンピューターメーカーには、これはおかしいと発言してほしい。リハビリテーションも集団から個別になって、ノートパソコン１人１台ずつ持って、患者との対応をとるようになっている。やり方が変わっていけば、コンピューターのシステムも変わる。その仕組み作りについても要望を出してもらえれば対応したい。

１．　管理栄養士や関連職種の課題

在宅栄養ケア･マネジメントがすすまない（加藤昌彦）

2000 年に介護保険制度がスタートし、2006 年に栄養ケア・マネジメントに対する介護報酬（栄養マネジメント加算）が、翌年には経口移行加算、経口維持加算Ⅰ、Ⅱと、栄養改善加算、栄養管理士による居宅療養管理指導が出てきた。この栄養マネジメント加算に関しては非常に進んだが、他の３つはどれもほとんど行われていない。

愛知県では病院の栄養管理実施加算、介護保険施設の栄養マネジメント加算は、ほとんど９割近く行われている。通所での予防給付における栄養改善加算は、47 都道府県のうち１月あたり 10 件以上の申請が 26 都道府県（平成 20 年）、介護予防通所介護および介護予防通所リハビリテーションにおける栄養改善加算の給付実績は、1 ヶ月当たり全国で 300 件しかない。

どうしてこんなにできないのか、都道府県を回って、医師、リハビリテーション、看護職、管理栄養士などの多職種者にヒアリングをしたところ本人とか家族は「要らない」、事業所責任者や事業主は「経営に結びつかない」、看護支援専門員は「そんな対象となる高齢者はいない」、管理栄養士は「忙しくてそんな暇はないし、上司はやれと言わないからやらない」、行政は「本当に効果があるの？エビデンスは？」という。

例えば、居宅療養管理指導の行える病院や診療所が全国に 7,741 施設あり、診療所やクリニック 10,630 の３分の１を無作為抽出し 2,579 施設と 3,543 施設にアンケート調査を郵送し、回収数が少なかったが、管理栄養士による居宅療養管理指導料を算定している施設はわずか 10 病院、やっていないのは 250 病院、診療所やクリニックに関しては、８診療所が加算取得し、372 診療所は取っていない。

これは居宅療養管理指導料だけではなく、訪問栄養管理指導そのものもやられていない。要するに、在宅に行っている管理栄養士はほとんどいないという現実がある。

居宅療養管理指導は、診療所の医師は５割位、病院でも２割ぐらい行っている。　例えば医師や歯科医師は、だいたい月に 90 近く、薬剤師は 70 位、歯科衛生士が 70 を超える位、居宅に行っているが、管理栄養士は殆ど行くことがない。

管理栄養士による居宅療養管理指導の推進には

（加藤昌彦）

「管理栄養士による居宅療養管理指導って知っていますか」と聞いたら、意外と知っている。病院はほとんど「知っている」、診療所も、半分ぐらいは「知っている」という。「今後、管理栄養士による居宅療養管理指導を実施したいと思いますか」というと、どちらも半分ぐらい「実施したくない」と言い、「なぜですか」と質問をすると、まず「対象とする者がいない」「利用者が希望しない」「管理栄養士の具体的な業務が分からない」「管理栄養士の確保が難しい」「依頼の方法が分からない」があげられた。この「確保が難しい」「依頼の方法が分からない」「対象とする者がいない」も、実は対応できる。

要するに利用者、家族および介護現場で働くすべての職種の人に、まず、解決策の 1 番目は、居宅でどんな栄養ケアが行われるのかということを分かっていただかなければいけない。２番目は、「自分で自宅に行って栄養状態の悪い人を見つけてくることはできないので、自宅にいる人に見つけてもらわなければいけない」ということ。

高齢者の栄養改善がどうして必要なのかと。居宅で低栄養を見つけるための最小限の知識が必要である。このことを地域包括支援センターの担当者、看護職、介護職、介護支援専門員に啓発していかないと、見つけることは無理だということ。それは、一言で言ってしまえば、管理栄養士による居宅療養管理指導というのが世の中にあって、こんなことをしていて、こんないいことがあるよということを言ってくださいということである。

実際には、管理栄養士による居宅療養管理指導も在宅訪問栄養指導も行われていないので、「在宅訪問栄養指導って何をされるのか分からない」「食べることにまで、いちいち口を出してほしくない」「お金を出してまで、栄養改善サービスを受ける必要があるの」というこれが一番の話である。

結局、「あれも駄目、これも駄目」栄養指導というイメージが離れない。病院の栄養指導では「肥満になるからカロリーの取りすぎは駄目」「糖尿病になるから甘いものは駄目」「動脈硬化になるから脂肪分の取りすぎは駄目」「高血圧だから塩分をやめなさい」「お酒飲んじゃ駄目」「たばこを吸うなんてもってのほか」と言われたら、もういいですって。来ていただかなくてもとなる。

特に、介護現場での栄養相談は指導ではなくて栄養相談である。在宅に行っていろいろと難しいことを、まず、言わないこと。高齢者が尊厳と自立した生活を営むための支援。だから栄養状態うんぬんって言わず、まず「食べてください」が大事。

震災のときにも「栄養うんぬんの前に、まず食べるものを確保してくれ」と、実は言っていた。管理栄養士に。いろいろな難しいことを言わないで、まずは食べ物をということが求められたと聞いている。

とにかく生活の質を高めることが大事。自己実現という言い方もしているが、いつまでも家で過ごしたい、自分の口で食べたい、おいしいものを好きなだけ食べたい、自分の子ども世話になりたくない、孫といつまでも遊びたい、晩酌を続けたい、夫の介護を続けたい。俳句の会を続けたい、畑をやりたい、美容院に行きたいとか。非常にささやかですが、自分のやりたいことができるっていうことが、生活の質を高めるのだということを考える。

まず、楽しく食べられるようなことをみんなで考える。おいしく食べられるということもすごく大事である。安全だとか安心して食べられるということを考える。もちろん、疾病の予防とか、治癒促進を支援するということもあるが、このようなことを目標に管理栄養士は、実はやっているんですよと言ったら、そのヒアリングに出てきた人たちは「そんな栄養相談だったら、やっていただきたい」と、皆さん声をそろえて言う。

そうすると、なにか救いがある。そういうことさえみんなに分かっていただければ、栄養指導って「お願いします」と言ってきてもらえると思う。だから、高齢者の周りにいる人たちも「管理栄養士って何をやるんだ」と。変なことをやって、なんか「食べるな。食べるな」って騒いでいくだけだって思っている人たちが、そうじゃないということが分かればいい。じゃあ、どうすればよいか。

１つはやはり、管理栄養士自身や多職種に管理栄養士はこんなことをしていると言っていただくこと、結果として、楽しく、おいしく、安全に食べられたら、適切なタンパク質とエネルギーが取れて栄養状態が良くなって、筋力も回復して、疾病の予防とか治癒促進になるので自己実現ができると話をアピールしていく。

実際には、医療現場では胃瘻を作っていくが、介護で一生懸命やっていることは、口から食べられるように訓練をして胃瘻を抜こうというところが実際にはたくさんある。利用者、家族、病気の場合もみんな含め、病院と、ここに介護支援専門員が自宅に入って、介護保険施設が情報を共有して、病院から地域へ出てきたときに介護保険施設や自宅にも、きちんと情報をつなげていかないと成り立つことができない・

私たちが、今できることは、管理栄養士の栄養改善サービスによる低栄養状態の改善、QOL、自己実現の達成などに寄与していることを積み上げていくこと。そして、こんな事例があるということを積み上げて、啓発していくということに一番重点が置かれなければいけない。

通所サービス事業所　栄養改善サービスに関する調査から（草間かおり）

在宅高齢者のための通所サービスの栄養ケアについての情報提供をしたい。介護予防事業には、非認定者を対象とする市町村の一次予防や二次予防事業、さらに要支援１．２認定者を対象とする予防給付サービスにおける栄養改善サービスがある。

全都道府県のうち５県 200 数ヵ所の施設の協力を得て、施設管理者、介護職、介護支援専門員、管理栄養士、栄養士、リハビリテーション職、医師、歯科医師が栄養改善に対してどのようなニーズがあるかを調査した。また、最後に栄養改善サービスを実際に利用した人達がどうなったかを調査した。

施設職員が栄養改善サービスが必要だと思う利用者については、複数回答で１番多いのは「低栄養のおそれがある者」全体での８割程度、管理栄養士では 100%近くであるが職種によっては 8 割以下もみられ、「摂食・嚥下機能低下、及びそのおそれがある者」約７割、「生活習慣病の保有者」７割近くであった。回答率には職種間では、回答に多少の温度差があるものの、全職種が栄養改善サービスの必要性を認識していた。

栄養改善サービスの提供にあたっては、標準化したマニュアルの作成も求められるが、他職種が一緒に話し合う場を持つことが求められる。低栄養の関連として「食事量が減った」「やせてきた」等の５つの項目のうち１つでも丸を付けた者が２割位、摂食嚥下困難の項目に１つでも該当した者は約 2 割、低栄養関連のニーズは、５人に１人から４・５人に１人にある。生活習慣病関連の項目

に１つでも丸を付けた人は４割、低栄養も生活習慣病も、通所サービス事業所を利用する高齢者の栄養問題としてみられる。通所サービス利用者の肥満者 BMI25 以上は２割程度であり、生活習慣病関連の項目に関するニーズもだんだん高くなってきている。今後、栄養改善サービスは、生活習慣病関連の内容についても対応していく必要があることを提言したい。3000 人近くの通所サービス事業所の利用者を対象とした調査から、栄養改善サービス導入の規定（ホ）に該当する低栄養状態のおそれのある者は約３割位、予防給付の対象者では２割を少し上回り、約 800 人が栄養改善サービスの対象となる者であったが、栄養改善サービスが提供できたのは約１割ということで、通所サービス事業の中での、栄養改善の優先順位は低く、理解を得ることの困難さを感じた。

栄養改善サービスの内容とその障害（草間かおり）

低栄養者や低栄養のおそれのある者の１割の方に２から３ヶ月間に3～4回の栄養改善サービスを提供され、個別の栄養食事相談、食事摂取量の確認や摂取状況の観察が 1 週間に 1 回だとか、家族や介護職の指導が 2 回、身体測定といったような内容であった。　個別の栄養食事相談は管理栄養士、家族・介護職への指導も、８割程度は管理栄養士が、食事摂取量の観察は、管理栄養士や他の介護職、看護職、介護職が管理栄養士と一緒に実施していた。栄養改善サービスは管理栄養士１人ではなくて、他職種、ここでも多職種連携が浮き彫りにされた。

しかし、調査参加者が少なかった主な理由には、利用者・家族からの理解や承諾が得られないこと、実施のための管理栄養士が確保できないであった。通所サービスの関係者の栄養改善サービスの理解が重要で、考えていかなければならない大きな課題である。

日本介護支援専門員協会の取り組み（木村隆次）

管理栄養士による居宅療養管理指導がすすまないのは、介護支援専門員側にも問題ある。日本介護支援専門員協会において、運動機能の向上、口腔機能の改善、栄養改善の３つの連携について、4,000 人の介護支援専門員に調査をした。回答率が 14.5%、介護支援専門員は利用者の栄養の問題の相談相手は管理栄養士ではなく、1 番目に医師と看護師、2 番目に事業所の法人内の専門職、理者や先輩同僚、介護支援専門員、3 番目に法人の専門職であった。

介護支援専門員の基礎資格の医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリテーションスタッフを医療系資格、一方、介護職は社会福祉士や介護福祉士。法人内にきちっと専門職がいて相談できるのは、医療系事業所、施設のところは当然多い。事業所の法人内の 46 パーセント程度は身内の専門職に相談して、同一法人内の管理栄養士、医師と看護師に相談する割合も高い。

地域の管理栄養士はどこにいるのか、この情報を栄養士会や地域包括支援ケアセンターが持っていて、提示してくれることが大事である。

介護支援専門員に、栄養改善の基礎知識、サービスの判断基準、サービスの種類、期待される効果について、地域の勉強会で１，２時間、事例を通じて討議していかないと栄養改善に対しての理解は広がらない。

平成 21 年には、栄養改善サービスの提供が必要な高齢者を把握する基準が具体的に明確にはなっていなかった。厚生労働省の管轄管にお願いをして、21 年度にこの把握基準を明確にしてもらって解釈通知がでた。また、この解釈通知を介護支援専門員がちゃんと読んでるか、まだ、分からない。

日本介護支援専門員協会が日本栄養士会、歯科医師会、日本言語聴覚士協会の協力を得て研修用 DVD を作った。日本介護士支援専門員協会からネッ

トで検索できる。口から食物が入って咀嚼されて飲み込む。その一連の流れを勉強できるツールとなっている。DVD の構図は最初リハビリテーションの基礎的な考え方や連携から始まり、地域の介護支援専門員や関連職種が勉強し、その後それぞれの事例について管理栄養士がアドバイスしてくれるという勉強会をしてほしい。

退院・退所時の介護支援専門員のケアマネジメント（木村隆次）

2025 年までに右側にある地域包括ケアシステムを作り、在宅で 30 分以内にサービスが届くようにする。このことが６月の介護保険法で明確になった。2025 年は団塊の人たちが 75 歳になる年。団塊の方々が後期高齢者に入る前に、こういう仕組みを日常生活支援制度とともにつくる。当然栄養改善や栄養ケアチームか仕組みが入っていく。

急性期医療、回復期から長期医療へ、直接急性期から退院など高齢者はいろいろと動く、在宅に戻る時に栄養をきちんとフォローできるように情報を繋ぐ仕組みを作っていかなければならない。

例えば、患者の山田花子さん入院した。入院する前に担当していた介護支援専門員が山田さんの退院のめどがついたときに、例えば要介護区分があれば、在宅の介護支援専門員がちょっと来てくれないか、山田さんの区分変更して、退院の受け入れ準備を前もって用意してくれないかという連絡調整が行われる。そのときに医療機関側が患者連携ということで、在宅介護支援専門員と連携できる仕組みになる。このときに病院の管理栄養士が、しっかり介護支援専門員にこの山田花子さんの栄養の問題等々を連絡しておかなくてはならない。それを受けて、介護支援専門員が、在宅の担当者にサービスをつなげていくことができるようになってきた。今度、老人保健施設から退所する在宅復帰率も重視して検討することになる。マネジメントが在宅に戻ってからも継続してつながっていく。介護支援専門員は、情報収集してサービスを連携させる。病気、薬、食事、口腔ケアのことが分かる、排泄や夜間の状態などのいろいろな問題がわからなければならない。栄養改善のフォローアップを続けてほしいということを、管理栄養士に繋いでいかなければならない。

このケアマネジメントプロセスは、一言で言うと多職種共存であるから、医療機関側から在宅側のチームというが、情報が全部乗っかって、医療機関の中でも多くの専門職がかかわりながら、在宅側でも多くの専門職がかかわる。そこに情報きちっとつながっていく。まさに PDCA サイクルを回して効果を上げていってもらいたい。

ケアマネジメントのもとで栄養ケア・マネジメントの PDCA サイクルはまわるので、介護支援専門員側のケアマネジメントと共存できなければ全く意味ない。介護支援専門員が栄養の問題分からなかったら、管理栄養士を担当者会議に参加してもらいアドバイスもらうように言ってる。

今第３次補正で、被災地の仮設住宅で介護とのサポート拠点を作ろうとしている。もう避難所全部閉鎖して仮設ゾーン移った途端に高齢者が孤立化している。買い物難民の状態で、公衆電話、携帯電話がない、連絡取れないとなっている。広域サポートセンターにこの周辺に診療機能、管理栄養士、介護支援専門員、訪問看護、薬の関係等々の拠点にしていく。

いずれにしても、介護支援専門員側から見て管理栄養士が見えにくいっていうことはある。地域でいつも顔が見える介護支援専門員と管理栄養士との関係が大事である、管理栄養士がどこにいるかということを、情報提供してもらえれば、前進するので、一緒にやっていきたい。

在宅栄養ケアと介護職との連携（福富裕子）

五十嵐先生の「LET'S 食の絆」の研修会では、在宅栄養管理を、管理栄養士が積極的に進めている。研究助成金を得て介護職を調査対象者として調査をしている中間報告をしたい。

調査は、要介護高齢者に料理を提供している本人、家族や介護職の特に療養食についての知識や調理の技術について、管理栄養士がどのような支援をする必要があるか基礎資料を得る目的で行った。市町村の地域包括支援センターを通じて介護支援専門員約 100 名、ならびに訪問看護事業者の介護職約 200 名を対象に質問紙調査を実施した。介護サービスを提供している高齢者は、男性 78 名女性 247 名、男女とも 80 歳が中央値であり、女性の介護時間が長く、１人暮らしの者が多く、性別要介護度は３、４、５は少なく、要支援１、２の軽めが多い。利用者の疾患は血管疾患、高血圧症、認知症、膝や足の障害が多い。食事を作る人は、要介護度が軽度の独居老人が多いので、利用者本人、家族、宅配購入、介護職であり、介護職は 25%位であった。

食事を依頼された介護職が担当する利用者の疾患は、脳血管疾患が 63 人、63 人のうちの 16 名,25%に介護職が食事を準備していた。胃腸疾患では 50%、がんは２人のうち１人、認知症で 52%、ひざや足の障害では４割。脳血管疾患、心疾患、糖尿病が実際には、介護職が食事を提供している疾患と考えてよい。療養食を介護職が提供していて「困った」という人は 4 割、「困らなかった」という人は 6 割、それから「管理栄養士に相談したいと思った」人が３割。「思わなかった人」が７割であった

困ったことは具体的には、療養食の知識、料理のレパートリー、簡単な方法であっ田。介護職養成のカリキュラムには、全体で 130 時間のうち料理に関することは、家事援助の方法に関する講義で４時間、老人および障害者の疾病、障害等に関する講義で 14 時間で、食事を準備するための技術に関する実習とか演習とかは、ほとんど期待できない。

要介護高齢者はなんらかの複数の疾患を有している者が多く、介護職への調理依頼は利用者の約 40%であったが、そのうち、療養食や少し配慮を必要とするケースが多く、多いのは胃腸疾患、嚥下障害、心疾患等々があった。

療養食で困っていることの高い誤食は約４割、約 25%が知識が不足していると感じ、管理栄養士に相談したいと思った介護職は 25%。介護職の療養食に関する養成時間は少なすぎる

管理栄養士が在宅で栄養ケア・マネジメントを行うためには、家庭の中に管理栄養士が入っていける道筋を考えルートを確保することが大事である。食育基本法によって、食事の重要性が言われているが、浸透するための何か工夫が必要である。

訪問看護ステーションと在宅栄養サポートチーム（横山紀美代）

熊本第一病院と同じ法人の訪問看護ステーションにおいては、看護師７名。病院兼務の作業療法士１名、理学療法士２名の総勢 10 名が勤務し、現在の利用者数は約 60 名、訪問看護は介護保険利用者 32 名、医療保険 28 名に対応している。利用者の主疾患は、悪性疾患であり、ターミナルの利用者も含まれ、抗がん剤治療者や、余命の週単位の利用者もいる。糖尿病、呼吸器疾患。肝疾患と様々な疾患の利用者がいる。年齢も５歳の小児から、100 歳の高齢者まで幅広い。

当ステーション利用者の殆どに栄養サポートチーム NST による介入を行っている。NST 介入のプロセスには、一次介入と二次介入の二段階の介入方法をとっている。新規利用者の殆ど全てに、初回訪問時に身体用アセスメント表を用いて身体測定

によるチェックをし、１回の訪問で十分に聞き取れないので、数回に渡ってチェックをしている。この初回アセスメントの結果から、今後継続的なNSTの介入が必要か、必要とした場合どう関わっていくのかを、検討している。

訪問看護師は、従来、それぞれが栄養状態や摂食状況について訪問の際に情報収集をし、何が問題なのかの判断はしていたが、アセスメント表を統一したことは看護師としての質の向上にもつながった。その後、必要な利用者には二次介入を行い、アセスメントスコア表を用いて定期的に経過をみている。

二次介入においては、自宅での様子や摂食状況の確認等を行い、本人や家族、主治医やサービス担当者の協力が必要になる。

在宅栄養サポートチームの課題（横山紀美代）

在宅 NST の問題をあげる。在宅療養中の利用者に栄養だけではなく、何か指導をしようとした時さまざまな障壁にぶち当たる。これは、訪問場所が病院ではなく、患者の家であること、その人の生活をしている場であるからだ。病院や施設においては、利用者を日常的に観察しているので、ある程度のことは分かるが、家では利用者の日常状況の把握が難しいことが一番の問題になる。一人暮らしなのか、高齢者夫婦二人暮らしなのか、家族と一緒なのか、介護力はあるのか、女性か男性か、自炊ができるのか、介護職が食事を作っているか、認知症は、家族ではない協力者はいるのか、家族には協力してもらえるのか、これらによって、指導内容やその相手が変わってくる。

日常の食事や生活状況の把握（横山紀美代）

食事の摂取状況の把握のために、毎日の食事内容を、例えば１週間書いてくださいという紙をお渡しすることがある。協力的で細かに記入していただいき、家族から積極的にいろいろ尋ねられる場合も多くあるが、中には、拒否をされる場合や、記入する時だけ、いつも食べている食事ではなくて、食事の内容が変わったり、「食べました」と言うが本当は食べていなかったり、今までの食生活を変える場合に抵抗があったり、これらの様々な状況を把握することが難しく、根気強く、繰り返し聞き、尋ね、指導しながらということがある。

利用者の経済力　（横山紀美代）

利用者の経済力も大きな問題になる。一人暮らしや高齢者の二人暮らしで年金で暮らしている人が多くいる。身の回りのことがなんとかできる要支援１、２の者や要介護状態になったとしても、例えば毎日介護職が入って食事準備は困難という状況がある。しかし、食べるということは後回しに考えることができない重要でとても基本的なことなので、どうしても食事のことがケアプランの中に入ってくるが、介護保険で介護職を導入するにも、例えば、その時間帯通常のサービスを利用にもお金がかかる。NSTにおいて飲料水を飲んでいただきたいと思っても、保険適用のものはおいしくないと言われ、試供品は飲めるというが毎日になると、高額な金額となり、継続して飲むのは難しくなり、栄養状態の保持には経済的な問題も影響する。

関係者の認識と指導技術（横山紀美代）

２番目に関係者の認識の違いと指導技術が挙げられる。訪問時には関わる職種間の認識の違いが障害となる。主治医、居宅介護支援専門には、細かに情報提供を行って、本人や家族と同じ認識のもとに指導やサービスの提供ができるように連携をしていっているが、時々うまくいかないことがある。

経管栄養利用患者の例だが、褥瘡ができ、徐々

に悪化傾向になり、エアマットに変えて、処置の内容や処置の回数を変え、皮膚科の先生の往診を依頼したが、改善どころか悪化傾向になり、栄養状態の改善を先生に依頼したが、認識を統一することができなかった。結局はかなり悪化をして感染を引き起こして、入院させてしまった。どうしてもうまく連携が取れない、私たちが言っていることが伝わらないという難しさがある。

病院の管理栄養士、言語聴覚士からのアドバイス（横山紀美代）

嚥下評価が十分にできないと問題である。また、栄養状態についても、専門家のアドバイスや評価が欲しいと思う。訪問介護ステーションのある病院には言語療法士や管理栄養士がいるので、その人たちに相談をしてアドバイスをもらい、専門的な評価をしてもらっている。しかし、通常の訪問看護ステーションや在宅で仕事をされている看護師にとっては、管理栄養士や言語聴覚士に情報提供してコンサルテーションを受けることは難しい。訪問看護師のやる気と熱意、あきらめずに、なんとかしよう、この人をどうにかしてあげようという強い気持ちを持ち続けることが大事だと思う

現在、アセスメント表の改善を検討している。１回の訪問では難しい状況があり、例えば介護保険制度上は、30 分や１時間という時間制限があるので、限られた時間のなかで手早く知りたい情報を簡単に的確に取得できるようにしたい。このチェック表を在宅サービスに携わる他の専門職にも提供し、積極的に NST を導入してもらえるようにしたい。

在宅サービス担当者のための環境を整える：病院の栄養相談窓口の開設　（横山紀美代）

環境を整えること。本人、家族や主治医、そして関わるすべてのサービス担当の調整、または、物に対しては何を提供すればいいのか、何を指導すれば良いのか、経済的には制度についての知識などを整えていくことが重要である。それらを駆使しながらサポートしていくことが大きな課題である。この場合、相談するところがあれば、問題解決に向けてサポートしてもらえる。法人内に在宅サービス担当者が迷いや相談に対応できる栄養相談窓口を開設したいと考えている。今後、在宅の栄養サポートチームが少しずつ広がっていけばよい。

管理栄養士による在宅訪問　（水島美保）

管理栄養士による在宅訪問を初めで８年になる。管理栄養士が訪問する場合には、医療機関から指示をえて常勤でも非常勤でも可能である。例えば、開業し独立している管理栄養士もこのごろ増え、医療機関と雇用契約を結んで実施することができる。しかし、医師の指示が無いと訪問はできない。一方、医療保険での訪問栄養指導の場合は、栄養指導の指示書によって訪問できる

介護保険における管理栄養士の居宅療養管理指導での訪問栄養指導では、介護支援専門員がかかりつけ医に相談し、かかりつけ医からもう一度、介護支援専門員に戻り、介護支援専門員からの依頼で管理栄養士が動く。低栄養状態、あるいは特別食対応となる疾患がある場合には、医療機関は管理栄養士による居宅療養管理指導を指示することができ、管理栄養士は栄養ケア･マネジメントにおいて継続的にアセスメント･モニタリングに基づいた長期計画、短期計画の作成実施を PDCA サイクルのもとに繰り返す。

管理栄養士による居宅療養管理指導の推進の障害（水島美保）

管理栄養士による居宅療養管理指導が広がらないのは、介護支援専門員から管理栄養士への依頼

がないからと思われる。介護支援専門員の職種は介護系が７、８割と言われ、医療や栄養、そして管理栄養士による居宅療養管理指導への理解が求められている。病院の在宅医療部の医師が看護師の訪問を依頼しても、介護支援専門員が必要性を理解しない場合があったが、管理栄養士による訪問はさらに理解されていないのではないかと考える。

一方、都道府県の介護課が所属機関以外の医療機関の依頼を認めない。しかし、他の医療機関からの依頼を認めている都道府県もあるので、県の介護課に問い合わせたことがあったが、他の医療機関の依頼は認めないと言われ、困っている高齢者や家族が救われない。

高齢者は多病で、一人、三病は持っている。居宅で長く生活するためには、医療面の支援が求められる。訪問看護や管理栄養士による居宅療養管理指導を利用することが必要である。

訪問できる管理栄養士が少ない　（水島美保）

在宅訪問できる管理栄養士が少ない。自らが「訪問栄養指導をやっている」とアピールしていく以外にはない。医療機関関係者がまず知らないし、管理栄養士自身も知らない。今度、４月からの医療と介護保険の制度改正により在宅にシフトするが、日本栄養士会は、訪問栄養指導研究会と協力して、特別分野認定制度をつくり、訪問できる管理栄養士の養成を４月から行うことを考えている。

福祉系の管理栄養士はデイサービスを担当しているのに、訪問しても報酬上評価されないが、今後の見直しが求められる。

訪問は利用者との信頼関係（水島美保）

高齢者の場合は、特に訪問は信頼関係がないとできない。「来ないでいいよ」と言われたらそれまでである。信頼関係をまず作って、言うべきことを言わないといけない。

在宅の高齢者の生活を見ていくには、医療と介護の連携がないと長く継続しない。最後まで家で終わることができるためには、医療と介護の連携が課題である。高齢であっても食事療法によって服薬の効果が上がることを実感している。担当患者は、92 歳から CTT の食事療法の訪問を行い、今 96 歳で、なんとか透析の一歩手前のところで踏ん張っている。

また、摂食嚥下に問題があっても、嚥下レベルにあった食事を食べると基礎体力が向上し、ADL が上がっていくことを目の当たりにしている。ADL が悪化すると、褥瘡、筋力や嚥下機能が上がっていく。だから、開始時には、嚥下ピラミッドでいう３レベルのものしか食べられなくても、それをずっと食べていくことで、たとえ 90 歳であっても、基礎体力が向上したら、レベル４の食事を食べられるようになる。摂食嚥下機能のレベルにあった食事をすることが大切である。

経済的な制約（水島美保）

経済的な制約や家族の介護力は、訪問の家が 10 件あれば 10 件とも事情が違う。その中で食事に関しての情報提供をして対応策を提示できるのは、管理栄養士である。この利用者だったら、例えば補助食品のこのレベルのもの、せめて減塩醤油は購入できるか。同居している家族はいても、関わろうともしない家族もいる。その中でどうやって食事を確保し食べることを支援していくかを、提案できるのは管理栄養士である。訪問栄養指導は究極の個人対応といえる、大変な部分もあるが、やりがいもある。

最後に、家族や介護職へ調理指導も管理栄養士でないとできない。糖尿病の例えばパンフレットを渡してというのであれば、看護師に渡してもできるが、実際に一緒に食事準備を一緒にして指導

ができるのは、管理栄養士しかできない。介護職のマンパワーは大きいが、例えばイレウスの人に家族が「繊維の多い食材を購入し、切り干しに、ひじきに」と言われても、管理栄養士が関わることで、これは胃の負担になってよくないと説明できる。

高齢者の在宅での生活リズムの維持

高齢者がずっと暮らした家で自分の生活リズムで暮らせることはいいことである。病院や施設においては、食事は定時に提供され、何時に寝て、何時に食べて、お酒は飲めないといろいろ制約がある。好きなお酒も時々飲んで、自分のペースで暮らしていくことは大事だと思う。庭いじりをしたり、ペットと暮らしたできることは、在宅医療や介護に管理栄養士が関わってできることだと思う。在宅訪問のできる管理栄養士が増えていってほしい。

在宅認知症高齢者の糖尿病（福島英生）

糖尿病の専門医であり、１年半前までは救急や訪問看護師とも仕事をし、看取りもした。糖尿病を診ている医師として、ご飯を食べられない人にどうやって食べさせられるか、あるいは栄養が悪い人にどうやって食べさせるかが課題だが、逆に食べ過ぎても栄養状態が悪くなる。そこで、「認知症のある糖尿患者の栄養管理」について話す。

熊本県は糖尿病が多く、透析患者も 11,200 名と全国平均に比べて高い。九州各県は長生きであるが、医療費も随分使っている。糖尿病を減らし、あるいは悪化状態を減らし、透析患者を減らすことが急務である。熊本県を含む九州各県は透析患者の人口比率が一番高い。去年透析導入が百人程度減り、糖尿病患者の比率も微減したということで、成果があったという言い方をしているが、あと２、３年、あるいは５年位見てみないと、正確な方向性は分からないが、今後も努力する必要がある。

認知症がなくても、糖尿病患者は食べ過ぎるところがある。糖尿病患者のところにいって、どうやって食べ過ぎないようにするかは、栄養サポートチームと裏表である。究極は、バランスのとれていることが栄養学的に非常に良い状態で病気に対処していくということである。食べ過ぎると困る、食べないのも困る、食べたり食べなかったりするのも困る。今の糖尿病の治療は、一定の食事を食べて一定の薬を飲むことが基本になっている。特に、認知症、老老介護、昼間独居など将来、問題が起こってくるだろうと思う。

ヘモグロビンＡ１ｃ6.5%以下あるいは 7.0%以下位で非血管性認知症は多い。老年病学会では、大体 7.0%目標としているが、5.0%と言う医師がいて非常に困る。極端に下げすぎると認知症が増えたり、あるいは悪くなる、あるいはその昼間はよいが、夜中に低血糖が起こって具合が悪くなったりする。

私自身は 7.0%を目標にしている。悪いイベントが起こるのは、大体 8.0%以上、急性合併症が起こるのは大体、300 以上である。急性合併症をまずは防ぐことができる。

経口血糖降下剤は、日本では７種類のものが使え、最近出た DPP 法阻害薬があり、血糖依存性のインスリンを分離促進する。

事例を２つ程紹介する。80 歳女性で元Ａ市の職員で長女と二人暮らし、12 年前から糖尿病で通院。SU 剤でヘモグロビンA_{1c}は非常に良くなったが、ある時から認知症が出現して、徐々に血糖コントロールが悪くなる。薬を増やしたがよくならない。平成 14 年から、近くの施設でディケアをおこない、食後血糖が 390、ヘモグロビンA_{1c}10%と高値であって、薬剤を変更しても高血糖が続き再入院。開業医からどうしてこの患者にインスリンを使わな

いのかと随分言われ、なかなか難しいというのはよく分かっていたが、訪問診療した。インスリンを強く勧めらたが、患者による自己注射はほぼ不可能。それから、薬を変更したが、あまりよくならなかった。その後、グループホームに入所し、食事管理をしたところ、血糖が 6.5%まで下がった。薬を増やすよりも食事管理することがいかに大事かという事例である。

二型糖尿病の問題点は、今の治療法で厳格な血糖コントロールを得ようとすること。食事と関連した厳格な薬剤管理によって、インスリンやα-コシターゼ阻害剤の食前投与量が増えたり、厳格な血糖コントロールをおこなうと低血糖がおこる。高血糖にさらしておくと、徐々に β 細胞が低下する。その後、だんだん増えて、インスリンやその他の薬が効きにくくなる。インフレチン関連薬は、服用時間、あるいは注射時間がよい。それから、例えば DPP 法は、酵素を抑えて、大体 24 時間くらい 80%以上効いているので、２錠でもそれ以上低血糖にならず。80%に抑えられていれば、２倍で 160%抑えられる。90%近く抑えれば、過量投与、間違って飲んでも、起こりにくい。動物実験では、β 細胞が回復する可能性がある。今のところ注射液は少しで体重減少はあるが、少なくとも体重増加は起こりにくい。

シタグリプチンは、大体ヘモグロビンＡ１ｃが 1%くらい下がり、安全性もよい。84 歳で 10 年前から脳梗塞後遺症で入院し、介護施設への入所に際してインスリンが駄目だと、言われ。ヒューマログインスリンを６、４、４で注射していたが、シタグリプチン２錠に変更した。血糖は低めだが低血糖はないという状態にすることができ、二型糖尿病糖尿病に有効である。

多量に投与しても低血糖がおこりにくく、24 時間大体作用が続く、あるいは 12 時間以上は続くので、１日１回、任意の投与時刻でよい。

この事例は、認知症で薬もほとんど飲んでいなかった。３月に外で行水をして、風邪をひいて連れてこられた。将来的に週２回の GNP１製剤が開発されると聞いている。将来インスリン患者が増えた時に誰でも使え、１日１回、訪問看護の時に注射ができるのがよい。SU 剤の併用による高齢者の低血糖が報告されているが、これは必ずしも悪いことではなく、今まで薬が効かなかった人が効くという可能性がある。

在宅高齢者の栄養ケアチーム体制づくりの課題と実践（実習事例）

参加者475名中161名の実習終了レポートから

在宅高齢者の栄養ケアチーム体制づくりの課題と実践
＜特別養護老人ホーム併設ショートステイ＞
○参加者

ﾒﾝﾊﾞｰ	○管理栄養士　生活相談員　介護支援専門員　看護職 介護職
方法	ショートステイでの症例カンファレンス
現在の課題	1泊2日では栄養改善できないことを共通理解し、居宅介護支援専門員と施設管理栄養士の連携が必要とされた
今後の戦略	ショートステイ、デイサービスの低栄養の利用者の地域病院医師とのサービス担当者会議に、自施設介護支援専門員に管理栄養士が同行し参加する 地域栄養士ネットワークづくりを行い、かかりつけ医や居宅介護支援専門員と連携する

在宅高齢者の栄養ケアチーム体制づくりの課題と実践
＜病院併設老人保健施設＞

○参加者

ﾒﾝﾊﾞｰ	○看護師　介護支援専門員　管理栄養士　生活支援相談員　介護職
方法	既存の関連委員会において検討
現在の課題	市内各病院に地域連携室が設置され病・病連携　病・診連携が機能し、居宅介護支援専門員の病院訪問も報酬によって推進されているが、栄養ケアの情報連携や継続性はない。在宅高齢者に対する栄養アセスメントが必要であるが、管理栄養士の訪問は少ない。施設からの訪問は報酬外であるので数が少なく、訪問栄養食事指導も行われているが調理に時間をかけすぎである。
今後の実践内容	・介護支援専門員に医学・栄養専門用語の理解をすすめる ・多職種が食事・栄養をもっと理解して在宅高齢者に関わる ・医療・介護報酬制度での管理栄養士による在宅高齢者への栄養アセスメントの推進 ・在宅高齢者の老老介護、認認介護による「食べること」ができない状況に対応した地域包括支援センターの対応と見守り ・個人情報保護による情報連携の障害への対応

在宅高齢者の栄養ケアチーム体制づくりの課題と実践
＜特別養護老人ホーム管理栄養士と在宅部門＞

○参加者

ﾒﾝﾊﾞｰ	○管理栄養士　在宅部長　訪問介護、居宅介護支援事業所　給食サービス　デイサービス　認知症専門ディサービス責任者
方法	在宅部門カンファレンス
現在の課題	・介護支援専門員の栄養問題の知識や在宅情報の不足　・在宅高齢者の栄養問題を解決するための関連機関や職種が連携する仕組みが希薄　・法人常勤管理栄養士2名（1：125）で在宅部門に対応するとオーバーワーク、管理栄養士は在宅給食サービスの評価に訪問し、悲惨な食の状況を把握しているが、支援に結びつかない、在宅栄養ケアチームには医師の指導、指示が必要、在宅高齢者の低栄養問題には家族介護力が影響
今後の実践	管理栄養士は在宅部全職員に在宅高齢者の栄養スクリーニング結果を報告していたが、今後は在宅支援の方法まで話し合う 在宅利用者の食事・栄養問題の解決のためのカンファレンスや打ち合わせ会議を積極的にふやす

在宅高齢者の栄養ケアチーム体制づくりの課題と実践
＜通所リハビリテーション＞

○参加者

ﾒﾝﾊﾞｰ	○管理栄養士　訪問リハビリテーションに理学療法士　作業療法士　言語聴覚士
方法	訪問リハビリテーション症例検討会
現在の課題	訪問リハスタッフによる月2回の体重測定、家族による食事記録に対して施設常勤管理栄養士がアドバイス
今後の実践	・理学療法士、作業療法士が支援できる介護者と一緒にできる食事、食生活に関わる在宅自主トレーニングメニューの作成と活用 ・通所サービスでの管理栄養士による相談、支援 ・訪問言語聴覚士による食事指導。管理栄養士によるレシピ、食材、調理法の提示 ・家族や介護支援専門員への体重変化の提示

在宅高齢者の栄養ケアチーム体制づくりの課題と実践
＜居宅介護支援事業所＞

ﾒﾝﾊﾞｰ	○介護支援専門員（居宅）　法人責任者　在宅部門訪問看護及び訪問介護責任者
方法	研修報告会
現在の課題	病院と居宅部門（通所リハビリテーション、通所介護、訪問看護、訪問介護、居宅介護支援事業所、居宅療養管理指導実施)体制、管理栄養士は病院1名で併任、過去、管理栄養士による居宅療養管理指導を実施し、絶対的な人員不足により取りやめた。介護支援専門員、訪問介護や訪問看護の責任者は「低栄養の問題を感覚的にとらえてきたので、課題の把握ができていなかった」と意見提示。
今後の実践	・通所サービス利用者の月1回体重測定、訪問看護師、訪問介護士による月1回の訪問時体重測定　医療機関での血清アルブミン測定を家族にすすめ、低体重者には主治医と連携し血清アルブミン測定を実施する ・病院管理栄養士に協力依頼し居宅症例検討会に参加することになった。訪問看護師、訪問介護員、介護支援専門員、院内歯科衛生士の参加にも同意を得て、昼休憩に症例検討会を実施する ・在宅高齢者の低栄養状態は、訪問看護師、ﾍﾙﾊﾟｰが体重減少、食事量減少、経口摂取困難者のうち家族の要望が高い者から優先して検討会にあげる ・主治医の指示を得られる体制をつくり、報告と助言を得る ・管理栄養士が在宅訪問できるようになるまでは、報告し助言を得て訪問看護師が食事指導を行い、訪問介護士が食事づくりを支援し、最終的には管理栄養士による居宅療養管理指導をめざす

在宅高齢者の栄養ケアチーム体制づくりの課題と実践
＜病院＞

○参加者

ﾒﾝﾊﾞｰ	医師　看護師　薬剤師　臨床検査技師　放射線技師　言語聴覚士　事務員 ○管理栄養士　20名
方法	報告検討会
現在の課題	利用者・家族の理解が栄養ケアチームに対してない　多職種に対する勉強会がない　先進的施設見学が必要
今後の実践	・利用者・家族に対して訪問医　介護支援専門員　訪問職員が栄養ケアチームの必要性を話す ・多職種による勉強会　他施設見学会 ・多職種連携をすすめるための定期的カンファレンスの開催 ・多職種間の連絡体制を整える　法人内事業所（老健　訪看)を通じて地域関連担当者とLANで情報を共有できる体制 ・全ての職種が在宅高齢者の生活を総合的把握する力を習得する ・薬剤師　ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ職　管理栄養士の訪問のための人材不足（殆ど病院診療所所属） ・在宅栄養スクリーニングシートを作成して地域包括、訪看、訪問介護による低栄養者の把握 ・体制整備に時間かかるが、まずスタッフ間の情報連携をすすめる

在宅高齢者の栄養ケアチーム体制づくりの課題と実践
＜病院：入院患者への管理栄養士による居宅訪問や退院指導＞

○参加者

ﾒﾝﾊﾞｰ	○管理栄養士　看護師　介護職
方法	意見聴取
現在の課題	糖尿病や腎臓病の1人暮らし療養患者入院中に看護師、介護職、作業療法士、精神保健福祉士が在宅訪問し、退院後支援スケジュールの作成、その後、診察時の栄養相談を実施している。 看護職、介護職から管理栄養士の訪問とアドバイスが必要と指摘。代謝性疾患への食事療法、トロミ剤の使用方法、市販食品の使い方等の管理栄養士の説明は、患者や家族が理解するという。
今後の実践	管理栄養士による在宅療養患者に対する定期的訪問を実施

在宅高齢者の栄養ケアチーム体制づくりの課題と実践
＜老人保健施設＞

○参加者

ﾒﾝﾊﾞｰ	○管理栄養士2名、言語聴覚士1名
方法	検討会
現在の課題	介護保険施設から管理栄養士が在宅訪問できない
今後の実践	・法人内地域ケア部（訪問リハ、訪問看護、ｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄｾﾝﾀｰ）と施設管理栄養士との連携をはかる ・地域ケア部の話し合いに管理栄養士が参加し、栄養改善サービスに参加する ・在宅高齢者の栄養スクリーニングの実践（摂食・嚥下面は摂食・嚥下質問紙（藤島）） ・栄養スクリーニング、摂食・嚥下スクリーニング等の質問紙の活用 介護支援在宅部門専従管理栄養士加算の新設を期待する

在宅高齢者の栄養ケアチーム体制づくりの課題と実践
＜老人保健施設＞

○参加者

ﾒﾝﾊﾞｰ	管理栄養士　言語聴覚士
方法	
現在の課題	リハビリテーション病院併設老健、地域リハセンター。介護支援専門員センター、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション　デイケアを実施中だが、管理栄養士、言語聴覚士の人材不足　管理栄養士は問題時対応にとどまっている
今後の実践	・管理栄養士、言語聴覚士の人材不足　管理栄養士は問題のあったときに対応するにとどまる ・かかりつけ医との情報連携体制 ・介護支援専門員による情報連携 ・在宅高齢者の栄養スクリーニングの実践（摂食・嚥下面は摂食・嚥下質問紙（藤島作成）） ▪管理栄養士による外来栄養食事指導の活用体制

在宅高齢者の栄養ケアチーム体制づくりの課題と実践
＜老人保健施設＞

○参加者

ﾒﾝﾊﾞｰ	介護支援専門員2名　管理栄養士3名　介護職2名
方法	検討会議
現在の課題	高齢者が高台に居住のため食材の確保が困難、毎日同じ食事　食事回数が不規則・嚥下障害　おいしく　楽しい食環境づくり
今後の実践	・管理栄養士以外の職種に食事を栄養に関する認識を高める。研修会を通じて興味をもってもらう。 介護支援専門員による栄養問題の把握と情報、調理レシピの配布など。

在宅高齢者の栄養ケアチーム体制づくりの課題と実践
＜診療所＞

○参加者

ﾒﾝﾊﾞｰ	○歯科医師　医師1名　臨床検査技師2名　看護師6名　准看護師2名　調理師2名　看護助手5名　事務職3名　薬剤師1名　歯科衛生士1名　他
方法	アンケート調査
現在の課題	地域高齢者への介護サービスや口腔ケアは関連者は地域に身を挺して入り住民に認知されるに至ったが、栄養ケア・マネジメントや栄養サポートチームは未だ施設内職員が共通の意識をもっていない。
今後の実践	・施設職員に対する栄養ケア・サポートチームに関する伝達講習をおこなう（研修ビデオが必要） ・選定患者に対する試行 ・担当者による少数カンファレンスの実施と結果の職員へのフィードバック ・施設内システムづくり ・地域住民への啓発事業の推進

資料編

平成23年度　在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修

会場：【名古屋】 名古屋学芸大学　　平成23年10月 8日（土）～10月 9日（日）

時間	1日目 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基礎	2日目 地域高齢者の「食べること」を支援する 栄養ケアチームの展開
9:30	受付開始	
10:00		10:00～10:05　研修大会長挨拶
10:30	**開会** 10:30～　司会：大会長　山中 克己 開会のご挨拶：委員長 井形 昭弘	Ⅰ 10:05～11:15 **居宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの実際と管理栄養士の居宅栄養ケア・マネジメント** 江頭 文江 （地域栄養ケアPEACH厚木） （講義60分・質問10分）
11:00	Ⅰ 講義 高齢者の「食べること」を支援することの大切さ 10:35～11:25 **夢の長寿社会の実現のために** **―チームで支える居宅高齢者の「食べること」の大切さ―** 井形 昭弘 （名古屋学芸大学 学長） （講義45分・質問5分）	Ⅱ 11:15～12:25 **「食べること」を支援するための口腔・嚥下機能の評価と栄養ケアチーム** 岡田希和子 （名古屋学芸大学） （講義60分・質問10分）
11:30		
12:00	11:25～13:05 **高齢者の臨床栄養** **（1）低栄養状態を知ろう** **（2）経管栄養法と口から食べることの移行・維持のために** 加藤 昌彦 （椙山女学園大学 教授） （講義90分・質問10分）	
12:30		12:25～13:15 昼食休憩
13:00	13:05～13:55 昼食休憩	
13:30		Ⅲ 地域高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの事例 13:15～15:15 **1. 認知症、摂食・嚥下障害の取り組み事例** 佐藤 悦子 （社会福祉法人同胞互助会 愛全診療所・居宅療養管理指導） （事例説明15分・討論45分） **2. エンド・オブ・ライフの事例** 奥村眞理子 （東京ふれあい医療生協梶原診療所） （事例説明15分・討論45分） 座長：野地 有子 （千葉大学大学院看護学研究科 教授） 討論者：参加者代表
14:00	Ⅱ 高齢者の「食べること」の支援に参加するために 13:55～14:30 **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** 高田 和子 （国立健康・栄養研究所） （講義30分・質問5分）	
14:30		
15:00	Ⅲ 高齢者の認知症、摂食嚥下障害、エンド・オブ・ライフと栄養ケア・マネジメント 14:30～15:15 **認知症高齢者の栄養ケア・マネジメント** 田中 和美 （神奈川県大和市健康福祉部健康づくり推進課） （講義40分・質問5分）	
	15:15～15:25　休憩	15:15～15:25　休憩
15:30	15:25～16:35 **摂食嚥下障害を有する高齢者の栄養ケア・マネジメント** 合田 敏尚 （静岡県立大学 教授） （講義60分・質問10分）	Ⅳ 15:25～17:15 **居宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの展開のための課題解決と展開に向けての討議** 司会：小山 秀夫 （兵庫県立大学大学院 教授） 加藤 昌彦 （椙山女学園大学 教授） 徳留 裕子 （名古屋学芸大学 教授）
16:00		
16:30	16:35～17:25 **エンド・オブ・ライフにおける栄養ケア・マネジメント** 梶井 文子 （聖路加看護大学 准教授） （講義45分・質問5分）	
17:00		17:15～17:25　休憩 研修会のまとめと課題説明
17:30	17:25～17:30 2日目スケジュール等の説明 ご挨拶	**閉会** 17:25～17:30 閉会のご挨拶 名古屋学芸大学学長　井形 昭弘

平成23年度　在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修

会場：【青森】 青森県立保健大学　　平成23年10月15日（土）～10月16日（日）

時間	1日目 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基礎	2日目 地域高齢者の「食べること」を支援する 栄養ケアチームの展開
9:30	受付開始	
10:00		10:00～10:05　研修大会長挨拶
10:30	**開会** 10:30～　司会：大会長　吉池　信男 開会のご挨拶：委員長　井形　昭弘	Ⅰ 10:05～11:15 **居宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの実際と管理栄養士の居宅栄養ケア・マネジメント** 佐藤　悦子 （社会福祉法人同胞互助会 愛全診療所・居宅療養管理指導） （講義60分・質問10分）
11:00	Ⅰ 講義 高齢者の「食べること」を支援することの大切さ 10:35～11:25 **夢の長寿社会の実現のために** **―チームで支える居宅高齢者の「食べること」の大切さ―** 井形　昭弘 （名古屋学芸大学　学長） （講義45分・質問5分）	Ⅱ 11:15～12:25 **摂食嚥下障害を有する高齢者の栄養ケア・マネジメント** 合田　敏尚 （静岡県立大学　教授） （講義60分・質問10分）
11:30		
12:00	11:25～13:05 **高齢者の臨床栄養** **（1）低栄養状態を知ろう** **（2）経管栄養法と口から食べることの移行・維持のために** （ビデオ）加藤昌彦 （椙山女学園大学　教授） （講義90分・質問10分）	
12:30		12:25～13:15 昼食休憩
13:00	13:05～13:55 昼食休憩	
13:30		Ⅲ 地域高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの事例 13:15～15:15 **1. 認知症、摂食・嚥下障害の取り組み事例** 佐藤　悦子 （社会福祉法人同胞互助会 愛全診療所・居宅療養管理指導） （事例説明15分・討論45分） **2. エンド・オブ・ライフの事例** 奥村眞理子 （東京ふれあい医療生協梶原診療所） （事例説明15分・討論45分） 座長：野地　有子 （千葉大学大学院看護学研究科　教授） 討論者：参加者代表
14:00	Ⅱ 高齢者の「食べること」の支援に参加するために 13:55～14:30 **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** 杉山みち子 （神奈川県立保健福祉大学　教授） （講義30分・質問5分）	
14:30		
15:00	Ⅲ 高齢者の認知症、摂食嚥下障害、エンド・オブ・ライフと栄養ケア・マネジメント 14:30～15:15 **認知症高齢者の栄養ケア・マネジメント** 田中　和美 （神奈川県大和市健康福祉部健康づくり推進課） （講義40分・質問5分）	
	15:15～15:25　休憩	15:15～15:25　休憩
15:30	15:25～16:35 **「食べること」を支援するための口腔・嚥下機能の評価と栄養ケアチーム** 菊谷　武 （日本歯科大学　教授） （講義60分・質問10分）	Ⅳ 15:25～17:15 **居宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの展開のための課題解決と展開に向けての討議** 司会：小山　秀夫 （兵庫県立大学大学院　教授） 吉池　信男 （青森県立保健大学　教授） 太田　貞司 （神奈川県立保健福祉大学　教授） 木村　隆次 （日本介護支援専門員協会　会長）
16:00		
16:30	16:35～17:25 **エンド・オブ・ライフにおける栄養ケア・マネジメント** 梶井　文子 （聖路加看護大学　准教授） （講義45分・質問5分）	
17:00		17:15～17:25　休憩 研修会のまとめと課題説明
17:30	17:25～17:30 2日目スケジュール等の説明 ご挨拶	**閉会** 17:25～17:30 閉会のご挨拶 名古屋学芸大学学長　井形　昭弘

平成23年度　在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修

会場：【広島】 広島国際大学　広島キャンパス　　平成23年11月19日（土）～11月20日（日）

時間	1日目 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基礎	2日目 地域高齢者の「食べること」を支援する栄養ケアチームの展開
9:30	受付開始	
10:00		10:00～10:05　研修大会長挨拶
10:30	**開会** 10:30～　司会：大会長　宇田　淳 開会のご挨拶：委員長　井形　昭弘	Ⅰ 10:05～11:15 **居宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの実際と管理栄養士の居宅栄養ケア・マネジメント** 奥村眞理子 （東京ふれあい医療生協梶原診療所） （講義60分・質問10分）
11:00	Ⅰ 講義 高齢者の「食べること」を支援することの大切さ 10:35～11:25 **夢の長寿社会の実現のために** **―チームで支える居宅高齢者の「食べること」の大切さ―** 井形　昭弘 （名古屋学芸大学　学長） （講義45分・質問5分）	
11:30		Ⅱ 11:15～12:25 **「食べること」を支援するための口腔・嚥下機能の評価と栄養ケアチーム** 田村　文誉 （日本歯科大学） （講義60分・質問10分）
12:00	11:25～13:05 **高齢者の臨床栄養** **（1）低栄養状態を知ろう** **（2）経管栄養法と口から食べることの移行・維持のために** （ビデオ）加藤昌彦 （椙山女学園大学　教授） （講義90分・質問10分）	
12:30		12:25～13:15 昼食休憩
13:00	13:05～13:55 昼食休憩	
13:30		Ⅲ 地域高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの事例 13:15～13:20　オリエンテーション 座長：野地　有子 （千葉大学大学院看護学研究科　教授） 13:20～13:40　事例紹介 **A：認知症、摂食・嚥下障害**（10分） 佐藤　悦子 （社会福祉法人同胞互助会　愛全診療所・居宅療養管理指導） **B：エンド・オブ・ライフ**（10分） 奥村 眞理子 （東京ふれあい医療生協梶原診療所） （移動5分） 13:45～14:30　グループワーク （移動5分） 14:35～15:05　グループ発表・討議 15:05～05:15　全体討議
14:00	Ⅱ 高齢者の「食べること」の支援に参加するために 13:55～14:30 **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** 杉山みち子 （神奈川県立保健福祉大学　教授） （講義30分・質問5分）	
14:30		
15:00	Ⅲ 高齢者の認知症、摂食嚥下障害、エンド・オブ・ライフと栄養ケア・マネジメント 14:30～15:15 **認知症高齢者の栄養ケア・マネジメント** （ビデオ）田中　和美 （神奈川県大和市健康福祉部健康づくり推進課） （講義40分・質問5分） 15:15～15:25　休憩	15:15～15:25　休憩
15:30	15:25～16:35 **摂食嚥下障害を有する高齢者の栄養ケア・マネジメント** 合田　敏尚 （静岡県立大学　教授） （講義60分・質問10分）	Ⅳ 15:25～17:15 **居宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの展開のための課題解決と展開に向けての討議** 司会：小山　秀夫 （兵庫県立大学大学院　教授） 宇田　淳 （広島国際大学　教授） 野地　有子 （千葉大学大学院看護学研究科　教授）
16:00		
16:30	16:35～17:25 **エンド・オブ・ライフにおける栄養ケア・マネジメント** 梶井　文子 （聖路加看護大学　准教授） （講義45分・質問5分）	
17:00		17:15～17:25　休憩 研修会のまとめと課題説明
17:30	17:25～17:30 2日目スケジュール等の説明 ご挨拶	**閉会** 17:25～17:30 閉会のご挨拶 事務局長　小山　秀夫

平成23年度　在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修

会場：【神戸】兵庫県立大学 神戸学園都市キャンパス 三木記念講堂　平成23年12月 3日（土）～12月 4日（日）

時間	1日目 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基礎	2日目 地域高齢者の「食べること」を支援する 栄養ケアチームの展開
9:30	受付開始	
10:00		10:00～10:05　研修大会長挨拶
10:30	**開会** 10:30～　司会：大会長 小山 秀夫 開会のご挨拶：委員長 井形 昭弘	Ⅰ 10:05～11:15 **居宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの実際と管理栄養士の居宅栄養ケア・マネジメント** 江頭 文江 （地域栄養ケアPEACH厚木） （講義60分・質問10分）
11:00	Ⅰ 講義 高齢者の「食べること」を支援することの大切さ 10:35～11:25 **夢の長寿社会の実現のために** **―チームで支える居宅高齢者の「食べること」の大切さ―** 井形 昭弘 （名古屋学芸大学 学長） （講義45分・質問5分）	Ⅱ 11:15～12:25 **摂食嚥下障害を有する高齢者の栄養ケア・マネジメント** 合田 敏尚 （静岡県立大学 教授） （講義60分・質問10分）
11:30		
12:00	11:25～13:05 **高齢者の臨床栄養** **（1） 低栄養状態を知ろう** **（2） 経管栄養法と口から食べることの移行・維持のために** （ビデオ）加藤昌彦 （椙山女学園大学 教授） （講義90分・質問10分）	
12:30		12:25～13:15 昼食休憩
13:00	13:05～13:55 昼食休憩	
13:30		Ⅲ 地域高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの事例 13:15～13:20　オリエンテーション 座長：太田 久彦 （神戸松蔭女子学院大学 教授） 13:20～13:40　事例紹介 **A：認知症、摂食・嚥下障害**（10分） 佐藤 悦子 （社会福祉法人同胞互助会 愛全診療所・居宅療養管理指導） **B：エンド・オブ・ライフ**（10分） 奥村 眞理子 （東京ふれあい医療生協梶原診療所） （移動5分） 13:45～14:30　グループワーク （移動5分） 14:35～15:05　グループ発表・討議 15:05～05:15　全体討議
14:00	Ⅱ 高齢者の「食べること」の支援に参加するために 13:55～14:30 **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** 杉山みち子 （神奈川県立保健福祉大学 教授） （講義30分・質問5分）	
14:30		
15:00	Ⅲ 高齢者の認知症、摂食嚥下障害、エンド・オブ・ライフと栄養ケア・マネジメント 14:30～15:15 **認知症高齢者の栄養ケア・マネジメント** 田中 和美 （神奈川県大和市健康福祉部健康づくり推進課） （講義40分・質問5分）	15:15～15:25　休憩
15:30	15:15～15:25　休憩 15:25～16:35 **「食べること」を支援するための口腔・嚥下機能の評価と栄養ケアチーム** 菊谷 武 （日本歯科大学 教授） （講義60分・質問10分）	Ⅳ 15:25～17:15 **居宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの展開のための課題解決と展開に向けての討議** 司会：小山 秀夫 （兵庫県立大学大学院 教授） 木村 隆次 （日本介護支援専門員協会 会長） 太田 貞司 （神奈川県立保健福祉大学 教授） 伊達 ちぐさ （兵庫県立大学 教授）
16:00		
16:30	16:35～17:25 **エンド・オブ・ライフにおける栄養ケア・マネジメント** （ビデオ）梶井 文子 （聖路加看護大学 准教授） （講義45分・質問5分）	
17:00		17:15～17:25　休憩 研修会のまとめと課題説明
17:30	17:25～17:30 2日目スケジュール等の説明 ご挨拶	**閉会** 17:25～17:30 閉会のご挨拶 兵庫県立大学大学院教授 小山 秀夫

平成23年度　在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修

会場：【熊本】 熊本県立大学　　平成23年12月10日（土）～12月11日（日）

1日目　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基礎

9:30　受付開始

10:30　**開会**

10:30～ 司会：山下 茂子
開会のご挨拶：理事長 武藤 泰敏

Ⅰ 講義 高齢者の「食べること」を支援することの大切さ

10:35～11:25
夢の長寿社会の実現のために
―チームで支える居宅高齢者の「食べること」の大切さ―
井形 昭弘
（名古屋学芸大学 学長）
（講義45分・質問5分）

11:25～13:05
高齢者の臨床栄養
（1）低栄養状態を知ろう
（2）経管栄養法と口から食べることの移行・維持のために
加藤昌彦
（椙山女学園大学 教授）
（講義90分・質問10分）

13:05～13:55
昼食休憩

Ⅱ 高齢者の「食べること」の支援に参加するために

13:55～14:30
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
杉山みち子
（神奈川県立保健福祉大学 教授）
（講義30分・質問5分）

Ⅲ 高齢者の認知症、摂食嚥下障害、エンド・オブ・ライフと栄養ケア・マネジメント

14:30～15:15
認知症高齢者の栄養ケア・マネジメント
（ビデオ）田中 和美
（神奈川県大和市健康福祉部健康づくり推進課）
（講義40分・質問5分）

15:15～15:25 休憩

15:25～16:35
摂食嚥下障害を有する高齢者の栄養ケア・マネジメント
合田 敏尚
（静岡県立大学 教授）
（講義60分・質問10分）

16:35～17:25
エンド・オブ・ライフにおける栄養ケア・マネジメント
（ビデオ）梶井 文子
（聖路加看護大学 准教授）
（講義45分・質問5分）

17:25～17:30
2日目スケジュール等の説明
ご挨拶

2日目　地域高齢者の「食べること」を支援する栄養ケアチームの展開

10:00～10:05 研修大会長挨拶

Ⅰ
10:05～11:15
居宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの実際と管理栄養士の居宅栄養ケア・マネジメント
佐藤 悦子
（社会福祉法人同胞互助会 愛全診療所・居宅療養管理指導）
（講義60分・質問10分）

Ⅱ
11:15～12:25
「食べること」を支援するための口腔・嚥下機能の評価と栄養ケアチーム
菊谷 武
（日本歯科大学 教授）
（講義60分・質問10分）

12:25～13:15
昼食休憩

Ⅲ 地域高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの事例

13:15～13:20 オリエンテーション
座長：野地 有子
（千葉大学大学院看護学研究科 教授）

13:20～13:40 事例紹介
A：認知症、摂食・嚥下障害（10分）
佐藤 悦子
（社会福祉法人同胞互助会 愛全診療所・居宅療養管理指導）
B：エンド・オブ・ライフ（10分）
奥村 眞理子
（東京ふれあい医療生協梶原診療所）
（移動5分）

13:45～14:30 グループワーク
（移動5分）

14:35～15:05 グループ発表・討議
15:05～05:15 全体討議

15:15～15:25 休憩

Ⅳ
15:25～17:15
居宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの展開のための課題解決と展開に向けての討議

司会：小山 和作
（日本赤十字社熊本健康管理センター）
小山 秀夫
（兵庫県立大学大学院 教授）
福島 英生
（熊本県立大学 教授）
横山 紀美代
（熊本第一病院訪問看護師）
水島 美保
（山口内科医院管理栄養士）

17:15～17:25 休憩
研修会のまとめと課題説明

閉会
17:25～17:30
閉会のご挨拶
事務局長　小山 秀夫

平成23年度　在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修

会場：【東京】 昭和女子大学　平成24年 1月21日（土） オーロラホール（80年館6階6L01）
〃　1月22日（日）　〃

時間	1日目 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基礎	2日目 地域高齢者の「食べること」を支援する栄養ケアチームの展開
9:30	受付開始	
10:00		10:00～10:05　理事長挨拶　武藤　泰敏
10:30	**開会** 10:30～　司会：大会長　大木　和子 閉会のご挨拶：委員長　井形　昭弘	Ⅰ 10:05～11:15 **居宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの実際と管理栄養士の居宅栄養ケア・マネジメント** 奥村眞理子 （東京ふれあい医療生協梶原診療所） （講義60分・質問10分）
11:00	Ⅰ 講義 高齢者の「食べること」を支援することの大切さ 10:35～11:25 **夢の長寿社会の実現のために** **―チームで支える居宅高齢者の「食べること」の大切さ―** 井形　昭弘 （名古屋学芸大学　学長） （講義45分・質問5分）	
11:30		Ⅱ 11:15～12:25 **「食べること」を支援するための口腔・嚥下機能の評価と栄養ケアチーム** 菊谷　武 （日本歯科大学　教授） （講義60分・質問10分）
12:00	11:25～13:05 **高齢者の臨床栄養** **（1）低栄養状態を知ろう** **（2）経管栄養法と口から食べることの移行・維持のために** 加藤昌彦 （椙山女学園大学　教授） （講義90分・質問10分）	
12:30		12:25～13:15 昼食休憩
13:00	13:05～13:55 昼食休憩	
13:30		Ⅲ 地域高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの事例 13:15～15:15 **1. 認知症、摂食・嚥下障害の取り組み事例** 佐藤　悦子 （社会福祉法人同胞互助会 愛全診療所・居宅療養管理指導） （事例説明15分・討論45分） **2. エンド・オブ・ライフの事例** 奥村眞理子 （東京ふれあい医療生協梶原診療所） （事例説明15分・討論45分） 座長：野地　有子 （千葉大学大学院看護学研究科　教授） 討論者：参加者代表
14:00	Ⅱ 高齢者の「食べること」の支援に参加するために 13:55～14:30 **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** 高田　和子 （国立健康・栄養研究所） （講義30分・質問5分）	
14:30		
15:00	Ⅲ 高齢者の認知症、摂食嚥下障害、エンド・オブ・ライフと栄養ケア・マネジメント 14:30～15:15 **認知症高齢者の栄養ケア・マネジメント** 田中　和美 （神奈川県大和市健康福祉部健康づくり推進課） （講義40分・質問5分） 15:15～15:25　休憩	15:15～15:25　休憩
15:30	15:25～16:15 **エンド・オブ・ライフにおける栄養ケア・マネジメント** 梶井　文子 （聖路加看護大学　准教授） （講義45分・質問5分）	Ⅳ 15:25～17:15 **居宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの展開のための課題解決と展開に向けての討議** 司会：小山　秀夫 （兵庫県立大学大学院　教授） 野地　有子 （千葉大学大学院看護学研究科　教授） 野中　博 （東京都医師会　会長）
16:00		
16:30	16:15～17:25 **摂食嚥下障害を有する高齢者の栄養ケア・マネジメント** 合田　敏尚 （静岡県立大学　教授） （講義60分・質問10分）	
17:00		17:15～17:25　休憩 研修会のまとめと課題説明
17:30	17:25～17:30 2日目スケジュール等の説明 ご挨拶	**閉会** 17:25～17:30 閉会のご挨拶 兵庫県立大学大学院教授　小山　秀夫

平成23年10月吉日

研修参加登録者各位

平成23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）
在宅高齢者に対する効果的な栄養・食事サービス
の確保に関する調査研究事業
（委員長　井形昭弘　名古屋学芸大学学長）

平成23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）在宅高齢者に対する効果的な栄養・食事サービスの確保に関する調査研究事業 （委員長　井形昭弘　名古屋学芸大学学長）

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

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が、是非ともご協力のことお願い申し上げる次第です。なお、本アンケート調査による自己評価に関する研究は、千葉大学大学院看護学研究科倫理審査委員会の承認を得ております。

1） 施設・事業所種、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） 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） 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、居宅高齢者の「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24年以降の地域栄養ケアチーム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/ncm/）のサーバー上にありますので、お送りしたID番号を入れてから、回答を開始してください。
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おりません。

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ーベースは、広島国際大学教授宇田淳教授室におい集団として集計され、5 年間厳重保管され、その後粉砕処分されます。

7） 研究結果は、今後の介護保険施設における栄養ケア・マン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あげます。)

平成23年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)在宅高齢者に対する効果的な栄養・食事サービスの確保等に関する調査研究班

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〔居宅研修プログラム長併認 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 医療法人渓仁会 渓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 椙山女子大学教授、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、神奈川県大和市、エンド・オブ・ライフ班長 梶井文子 聖路加看護大学准教授、

協力研究者 岡田希和子 名古屋学芸大学准教授、菊谷武 日本歯科大学教授、高田和子 国立健康・栄養研究所室長、太田貞次 神奈川県立保健福祉大学教授、木村隆次 日本介護支援専門員協会会長、野中博 野中医院院長、江頭文江 地域栄養ケアPEACH厚木、佐藤悦子 愛全診療所、奥村眞理子 東京ふれあい医療生協梶原診療所、三橋扶佐子 日本歯科大学、服部建大 広島国際大学、新出まなみ 神奈川県立保健福祉大学大学院

▲

FAX　０４６－８２８－２６６３

【FAX の場合は、３回分７ページあることをご確認ください】

平成２３年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）在宅高齢者に対する効果的な栄養・食事サービスの確保に関する調査研究事業（委員長　井形昭弘　名古屋学芸大学学長）

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

研修会場:　名古屋　青森　広島　神戸　熊本　東京　　ID 番号:

在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修会への参加者は、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.uda-lab.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、研修終了１か月以内に一括して事務局に送付（FAX　０４６－８２８－２６６３）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.介護福祉士、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･事業所（専任の）に○印をつけてください。

①介護老人福祉施設　②介護老人保健施設　③医療療養病床　④介護療養病床　⑤回復期リハビリテーション病院　⑥一般病院　⑦ケアミックス型病院　⑧診療所　⑩歯科診療所　⑪通所リハビリテーション事業所　⑫通所介護事業所　⑬訪問看護事業所　⑭訪問介護事業所　⑮介護支援事業所　⑯地域包括支援センター　⑰市町村　⑱その他

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

３．①性別　a.男性・b.女性　　②管理職（役職）　a.有・b.無

４．これまでに以下の臨床栄養、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
①a.無・b.有
②上記①で b.有と回答した場合、その研修について以下をお答えください［複数回答可］。

ア　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）栄養ケアチーム指導者研修会（福岡、静岡、札幌、東京会場）
イ　一般社団法人日本健康・栄養システム学会　臨床栄養師資格取得者及び研修生
ウ　平成 22 年 5 月高齢者の食べることを支援する栄養ケア･マネジメント参加者（東京医科歯科大学）
エ　平成 23 年 5 月に開催された地域高齢者の食べることを支援する栄養ケアチーム研修参加者
オ　栄養サポートチーム研修
カ　その他.施設内・b.施設外（主な研修主催団体名　　）

5　あなたの施設・事業所に在宅高齢者の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？

①a.無・b.有

②上記①でb.有とお答えの方の場合以下をお答えください。

③リーダーの職種

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

④チームに参加している職種は（全てに○印）

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

Ⅲ.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実習修了後

	よくできる	できる	あまりできない	できない
1. あなたは、在宅高齢者・家族・関連職や研修生に、「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	4	3	2	1
2. あなたは、在宅高齢者・家族・関連職や研修生に、「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	4	3	2	1
3. あなたは、在宅高齢者・家族、関連職や研修生に、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、在宅高齢者・家族、関連職や研修生に、「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	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、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、栄養ケアチームにとって、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、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、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、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、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、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、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、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、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の説明ができますか	4	3	2	1

11.あなたは、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、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、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、認知症の食事中の 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、在宅高齢者や家族、関連職や研修生にエンド・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、在宅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ができますか	4	3	2	1
15.あなたは、在宅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できますか	4	3	2	1
16.あなたは、在宅高齢者や家族が在宅でできる「食べること」の支援計画を作成して教育することができますか	4	3	2	1
17.あなたは、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、地域の栄養・食事サービスに関する体制や活用できる資源やそれらの情報の調べ方について説明できますか	4	3	2	1
18. あなたは、在宅栄養ケア・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
19. あなたは、在宅栄養ケアチームの構築や推進のために必要な人や情報を「つなぐ」ことができますか	4	3	2	1
20.あなたは、在宅栄養ケアチームの構築や推進のための活動手順（評価を含む）は説明できますか	4	3	2	1

Ⅳ．あなたは、在宅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、在宅栄養ケアチームの指導・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。

ID 番号：

大会終了後から実習開始前まで

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実習修了後

	よくできる	できる	あまりできない	できない
1. あなたは、在宅高齢者・家族・関連職や研修生に、「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	4	3	2	1
2. あなたは、在宅高齢者・家族・関連職や研修生に、「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	4	3	2	1
3. あなたは、在宅高齢者・家族、関連職や研修生に、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、在宅高齢者・家族、関連職や研修生に、「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	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、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、栄養ケアチームにとって、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、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、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、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、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、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、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、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、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の説明ができますか	4	3	2	1
11.あなたは、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、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、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、認知症の食事中の 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、在宅高齢者や家族、関連職や研修生にエンド・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、在宅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ができますか	4	3	2	1
15.あなたは、在宅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できますか	4	3	2	1

16.あなたは、在宅高齢者や家族が在宅でできる「食べること」の支援計画を作成して教育することができますか	4	3	2	1
17.あなたは、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、地域の栄養・食事サービスに関する体制や活用できる資源やそれらの情報の調べ方について説明できますか	4	3	2	1
18. あなたは、在宅栄養ケア・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
19. あなたは、在宅栄養ケアチームの構築や推進のために必要な人や情報を「つなぐ」ことができますか	4	3	2	1
20.あなたは、在宅栄養ケアチームの構築や推進のための活動手順（評価を含む）は説明できますか	4	3	2	1

Ⅳ．あなたは、在宅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、在宅栄養ケアチームの指導・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。

ID 番号：

実習終了１か月後以内 締切

名古屋：平成２３年１１月 ９日 締切　　青森： 平成２３年１１月１６日 締切

広島： 平成２３年１２月２０日 締切　　神戸： 平成２４年 １月 ４日 締切

熊本： 平成２４年 １月１１日 締切　　東京： 平成２４年 ２月２２日締切

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実習修了後

	よくできる	できる	あまりできない	できない
1. あなたは、在宅高齢者・家族・関連職や研修生に、「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	4	3	2	1
2. あなたは、在宅高齢者・家族・関連職や研修生に、「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	4	3	2	1
3. あなたは、在宅高齢者・家族、関連職や研修生に、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、在宅高齢者・家族、関連職や研修生に、「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	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、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、栄養ケアチームにとって、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、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、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、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、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、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、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、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、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の説明ができますか	4	3	2	1
11.あなたは、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、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、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、認知症の食事中の 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、在宅高齢者や家族、関連職や研修生にエンド・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、在宅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ができますか	4	3	2	1
15.あなたは、在宅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できますか	4	3	2	1
16.あなたは、在宅高齢者や家族が在宅でできる「食べること」の支援計画を作成して教育することができますか	4	3	2	1
17.あなたは、在宅高齢者、家族、関連職や研修生に、地域の栄養・食事サービスに関する体制や活用できる資源やそれらの情報の調べ方について説明できますか	4	3	2	1
18. あなたは、在宅栄養ケア・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
19. あなたは、在宅栄養ケアチームの構築や推進のために必要な人や情報を「つなぐ」ことができますか	4	3	2	1
20.あなたは、在宅栄養ケアチームの構築や推進のための活動手順(評価を含む)は説明できますか	4	3	2	1

Ⅳ. あなたは、在宅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、在宅栄養ケアチームの指導・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。

資料１：参加者の募集

平成２３年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
在宅高齢者に対する効果的な栄養・食事サービスの確保に関する調査研究事業
（委員長　井形昭弘　名古屋学芸大学学長）

在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修

主催：　一般社団法人日本健康・栄養システム学会
後援(予定)：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　会場地専門職関連諸団体

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アプローチの栄養ケア・マネジメントによる対応が求められているものの、未だ殆ど実施されるにいたっておりません。居宅高齢者に対する栄養ケア・マネジメントの全国的な推進には、管理栄養士の人材開発・育成のみならず、高齢者の「食べること」を支援するチームを担う専門職に対して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いえます。

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・施設の臨床研修を伴う）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ました。さらに、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できる研修教材を作成し、平成２２年度には、このような当該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研修システムを活用して、高齢者の栄養ケアチーム指導者及び研修施設を育成するための研修大会を全国4箇所で開催し、研修プログラム、教材、評価システム、居宅栄養ケア・マネジメントを担う栄養ケアチームの育成のための拠点となる指導者及び研修施設を育成してきました。

本年度は、これらの研修基盤の全てを活用するとともに、平成23年5月に、本事業の試行として居宅高齢者の栄養ケアチーム研修会におけるプログラム及び教材をも活用し、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、居宅高齢者の「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行いますので、是非、ご参加くださいますようにお願いいたします。

- 対象者：高齢者医療・介護に従事している医師、歯科医師、看護師、保健師、管理栄養士、薬剤師、介護福祉士、介護支援専門員、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、経営管理者、　地域包括支援センター職員、行政担当者 等

プログラム（詳細は 5-７ページ参照のこと）

- １日目：高齢者の栄養ケアチームのための基礎
- ２日目：居宅高齢者の栄養ケアチームの展開

名古屋会場

日時：　平成 23 年 10 月 8 日（土）10:30～17:30、9 日（日）10:00～17:30
場所：　名古屋学芸大学　〒470-0196　愛知県日進市岩崎町竹ノ山 57
地下鉄東山線「上社」駅、地下鉄鶴舞線「赤池」の各駅より専用バスで 15 分
地図：　http://www.nuas.ac.jp/profile/access.html

青森会場

日時：　平成 23 年 10 月 15 日(土) 10:30～17:30、16 日（日）10:00～17:30
場所：　青森県立保健大学　〒030-8505　青森市大字浜舘字間瀬 58-1
地図：　http://www.auhw.ac.jp/220contents/loca.html

広島会場

日時：　平成 23 年 11 月 19 日（土）10:30～17:30、20 日（日）10:00～17:30
場所:　広島国際大学　広島キャンパス　〒730-0016　広島市中区幟町 1-5
地図：　http://www.hirokoku-u.ac.jp/access/hiroshima/index.html

神戸会場:

日時：　平成 23 年 12 月 3 日(土) 10:30～17:30、4 日（日）10:00～17:30
場所：　兵庫県立大学 兵庫学園都市キャンパス 三木記念講堂
〒651-2197　神戸市西区学園町 8 丁目 2-1
神戸市営地下鉄学園都市駅下車徒歩約 15 分
地図：　http://www.u-hyogo.ac.jp/access/campus02.html

熊本会場

日時：　平成 23 年 12 月 10 日(土)10:30～17:30、11 日(日)10:00～17:30
場所：　熊本県立大学　〒862-8502　熊本市月出３丁目１番１００号
地図：　http://www.pu-kumamoto.ac.jp/

東京会場

日時：　平成 24 年 1 月 21 日(土)10:30～17:30、22 日(日)10:00～17:30
場所:　昭和女子大学（予定）〒154-8533　東京都世田谷区太子堂 1-7
地図:　http://office.swu.ac.jp/campusmap/
地下鉄　東急田園都市線（半蔵門直通）三軒茶屋下車　徒歩 7 分
バス　渋谷駅から下記方面行　昭和女子大学下車

■　１日目免除者について

以下に該当する方は1日目が免除されますので、2日目に参加してください。

・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）高齢者の食べること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参加者（福岡、静岡、札幌、東京会場）

・一般社団法人日本健康・栄養システム学会　臨床栄養師資格取得者及び研修生

・平成22年5月に開催された高齢者の食べることを支援する栄養ケア・マネジメント参加者（東京医科歯科大学）

・平成23年5月に開催された地域高齢者の食べることを支援する栄養ケアチーム研修参加者（内容は同じですが、再参加は可能）

■　2日間（1日目の免除者は2日目のみ）修了者に、修了証を差し上げるとともに、今後の学会による研修に参加する場合に相当時間の対象とさせて頂きます。免除者以外の参加者は2日間参加できることを条件といたします。

■　臨床栄養師継続研修単位　20単位

■　**費用：** 6,000円（テキスト代、1日参加者3,000円）

両日ともお弁当のご用意はありません。

■　**教材：**

1日目：平成22年度厚生省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効果的な栄養･食事サービスの確保に関する調査研究　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（1,500円）

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(平成23年度4月　改定版)－食べることを支援するために－(定価　3,000円)

2日目

地域高齢者の「食べること」を支援する栄養ケアチーム研修会（定価　1,500 円)、その他講師によるパワーポイントによるハンドアウト。

■　**申し込み方法：**参加申込はメールにて下記**会場別のアドレスで**受け付けを行います。

会場	アドレス	申し込み締切日
名古屋会場	ncm-nagoya@j-ncm.com	平成 23 年 10 月　3 日(月)
青森会場	ncm-aomori@j-ncm.com	平成 23 年 10 月 10 日(月)
広島会場	ncm-hiroshima@j-ncm.com	平成 23 年 11 月 14 日(月)
神戸会場	ncm-kobe@j-ncm.com	平成 23 年 11 月 28 日(月)
熊本会場	ncm-kumamoto@j-ncm.com	平成 23 年 12 月　5 日(月)
東京会場	ncm-tokyo@j-ncm.com	平成 24 年　1 月 16 日(月)

メールには、件名【在宅高齢者研修希望（会場名)】と必ず記載し、①会場名と 1 日・2 日のどちらかを記載　②所属施設種（一般病院、診療所・療養病床、特養・老健・通所介護・通所リハ・訪問看護ステーション・訪問介護・事業所等の別)　③施設・事業所名　④連絡先の〒番号、住所、電話、FAX、メール番号　⑤参加者氏名　⑥職種　⑦1 日免除者は免除理由（栄養ケアチーム指導者研修会参加・臨床栄養師・5 月東京医科歯科研修会、平成 23 年栄養ケアチーム研修会の別等）を記載してください。同じ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ください。定員になるまで、順次受付番号をご返信致します。

FAX でも受け付けますので、任意用紙に上記をご記載頂き　**０４６－８２８－２６６３**
にお送り下さい。

■　**登録手続き：**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
口座名義：一般社団法人　日本健康・栄養システム学会
✡　通信欄に、必ず【在宅高齢者研修会（会場名）1 日間　あるいは　2 日間】と記載。
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(複写でよい)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頂きますが、ご返金はできませんのでご了承願います。

■　**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

研修大会プログラム

- 司会：大会長・副大会長
- 運営担当　大会長　副大会長　杉山・高田
- ご挨拶：理事長　委員長　事務局長　大会長等適宜
- 講師欠席の場合にはビデオ上映

■ **1 日目（土曜日）　1 月 8 日（名古屋）、10 月 15 日（青森）、11 月 19 日（熊本）**
12 月 3 日（神戸）、12 月 10 日（熊本）、平成 24 年 1 月 21 日（東京）

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基礎

10:30～10:35　開会のご挨拶

Ⅰ．高齢者の「食べること」を支援することの大切さ

10:35～11:25（講義 45 分、質問 5 分）

夢の長寿社会の実現のために

－チームで支える居宅高齢者の「食べること」の大切さ－　名古屋学芸大学学長　井形昭弘

11:25～13:05（講義 90 分、質問 10 分）

高齢者の臨床栄養(1)　低栄養状態を知ろう

高齢者の臨床栄養(2)　経管栄養法と口から食べることの移行・維持のために

椙山女学園大学教授　加藤昌彦

（広島・神戸会場　ビデオ予定）

13:05～13:55　食事

13:55～14:30　（講義 30 分、質問 5 分）

Ⅱ．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

東京会場以外：神奈川県立保健福祉大学教授　杉山みち子

東京会場：国立健康・栄養研究所室長　高田和子

Ⅲ．高齢者の認知症・摂食嚥下障害・エンド･オブ･ライフと栄養ケア･マネジメント

14:30～15:15（講義 40 分、質問 5 分）

認知症高齢者の栄養ケア･マネジメント

神奈川県大和市健康福祉部健康づくり推進課　　田中和美

（広島会場　ビデオ予定）

15:15～15:25　休憩

15:25～16:35（講義 60 分　質問 10 分）

摂食嚥下障害を有する高齢者の栄養ケア･マネジメント

名古屋・広島・熊本・東京会場：静岡県立大学教授　合田敏尚

青森・神戸会場：日本歯科大学教授　菊谷　武

16:35～17:25（講義 45 分　質問 5 分）
エンド･オブ･ライフにおける栄養ケア･マネジメント
名古屋・青森・広島・東京会場：聖路加看護大学准教授　梶井文子
（神戸会場　ビデオ予定）
広島会場：千葉大学大学院看護学研究科教授　野地有子

17:25～17:30　2 日目のスケジュールと閉会の御挨拶

■　**2 日目（日曜日）　10 月 9 日（名古屋）、10 月 16 日（青森）、11 月 20 日（広島）、12 月 4 日（神戸）、12 月 11 日（熊本）、平成 24 年 1 月 22 日（東京）**

居宅高齢者の「食べること」を支援する栄養ケアチームの展開

10:00～10:05　挨拶
10:05～11:15（講義 60 分、質問 10 分）
Ⅰ．居宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの実際と管理栄養士の居宅栄養ケア・マネジメント
名古屋・神戸会場：　地域栄養ケア PEACH 厚木　江頭文江
青森・熊本会場：社会福祉法人同胞互助会　愛全診療所　佐藤悦子
広島・東京会場：東京ふれあい医療生協梶原診療所　奥村眞理子

11:15～12:25（講義 60 分、質問 10 分）
Ⅱ．「食べること」を支援するための口腔・嚥下機能の評価と栄養ケアチーム
名古屋会場：名古屋学芸大学　岡田希和子
神戸会場（青森会場　ビデオ予定）：静岡県立大学教授　合田敏尚
広島会場：日本歯科大学准教授　田村文誉
熊本・東京会場：日本歯科大学教授　菊谷　武
12:25～13:15　食事

13:15～15:15
Ⅲ．地域高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの事例
座長：　千葉大学大学院看護研究科教授　野地有子
（神戸会場　交代予定）

１．　認知症・摂食・嚥下障害の取り組み事例（事例説明　15 分　討論 45 分）
社会福祉法人同胞互助会　愛全診療所・居宅療養管理指導　佐藤悦子

２．エンド・オブ・ライフの事例（事例説明 15 分　討論 45 分）
東京ふれあい医療生協梶原診療所　奥村眞理子
討論者：　会場参加の医師、歯科医師、看護師、言語聴覚士、歯科衛生士、介護支援

専門員、介護福祉士　等

15:15～15:25　休憩

15:25～17:25

Ⅳ．居宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの展開のための課題解決と展開に向けての討議

司会：　兵庫県立大学大学院教授　小山秀夫

（熊本会場）日本赤十字社熊本健康管理センター　小山和作

発言者：　兵庫県立大学大学院教授　小山秀夫

日本介護支援専門員協会会長　木村隆次（青森・神戸会場）

神奈川県立保健福祉大学教授　太田貞次（青森・神戸・東京会場）

千葉大学大学院看護研究科教授　野地有子（広島・東京会場）

椙山女学園大学教授　加藤昌彦（名古屋会場）

名古屋学芸大学教授　徳留裕子（名古屋会場）

青森県立保健大学教授　吉池信男（青森会場）

広島国際大学教授　宇田　淳（広島会場）

熊本県立大学教授　福島英生（熊本会場）

水俣市立総合医療センター　山下茂子（熊本会場）

他

17:15～17:25　休憩・研修会のまとめと課題説明

17:25～17:30　閉会の挨拶

○実習課題(10 時間)

他職種（1 名以上）の協力を得て、在宅高齢者の栄養ケアチーム体制づくりの課題と実践について実習検討する。

○実習後のレポート提出について

在宅高齢者の栄養ケアチーム体制づくりの実習（10 時間）修了後レポートを提出していただきます。

・テーマ：在宅高齢者の栄養ケアチーム体制づくりの課題と実践について
・様　式：A４用紙　２枚まで
・提出先：各会場メールへ
・期　限：研修終了１カ月以内

○提出者には研修修了書をお送りいたします。

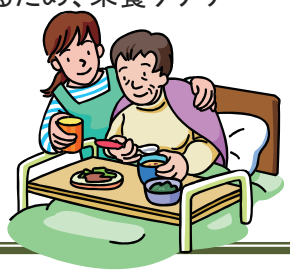
平成23年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
在宅高齢者に対する効果的な栄養・食事サービスの確保に関する調査研究事業
（委員長　井形昭弘　名古屋学芸大学学長）

在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修会

在宅高齢者の摂食･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、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います。

この度、平成23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）の交付を得て、下記のように医療･介護サービスにおいて在宅高齢者の「食べること」の支援を担うチームの人材育成及び研修施設の基盤づくりのための研修事業を行うことになりました。

多くの方々に是非ご参加頂き、本研修会にて学んで頂ければ幸いです。



対象職種

高齢者医療、介護サービスを担う医師･歯科医師･薬剤師･看護職･管理栄養士･介護職･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･社会福祉士等の専門職

開催地･日程

第1回　名古屋会場
大会長：　山中　克己（名古屋学芸大学教授）
平成23年10月 8日（土）、9日（日）
名古屋学芸大学

第2回　青森会場
大会長：　吉池　信男（青森県立保健大学教授）
平成23年10月15日（土）、16日（日）
青森県立保健大学

第3回　広島会場
大会長：　宇田　淳（広島国際大学教授）
平成23年11月19日（土）、20日（日）
広島国際大学 広島キャンパス

第4回　神戸会場
大会長：　小山　秀夫（兵庫県立大学大学院教授）
平成23年12月 3日（土）、4日（日）
兵庫県立大学 兵庫学園都市キャンパス
三木記念講堂

第5回　熊本会場
大会長：　小山　和作　（日本赤十字社熊本健康管理センター名誉所長）
平成23年12月10日（土）、11日（日）
熊本県立大学

第6回　東京会場
大会長：　大木　和子（昭和女子大学教授）
平成24年 1月21日（土）、22日（日）
昭和女子大学　オーロラホール

時間

9時30分　受付開始
10時30分　研修会開始
17時00分　終了予定

費用

教材実費：6,000円（1日　3,000円）
①栄養ｹｱ･ﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ、摂食嚥下障害、認知症･ｴﾝﾄﾞ･ｵﾌﾞ･ﾗｲﾌの栄養ｹｱ手引き書
②栄養ｹｱﾁｰﾑ指導者研修会　教材
③在宅高齢者講義内容のﾊﾝﾄﾞｱｳﾄ

プログラム内容

（1日目）
Ⅰ．講義
＜夢の長寿社会の実現のために
　―チームで支える居宅高齢者の「食べること」の大切さ―＞
井形　昭弘（名古屋学芸大学 学長）
＜高齢者の臨床栄養＞
　－低栄養状態を知ろう
　－経管栄養法と口から食べることへの移行･維持のために
加藤　昌彦（椙山女学園大学 教授）他
Ⅱ．高齢者の「食べること」の支援に参加するために
杉山　みち子（神奈川県立保健福祉大学 教授）
Ⅲ．高齢者の認知症、摂食嚥下障害、エンド･オブ･ライフと栄養ケア･マネジメント
合田　敏尚（静岡県立大学 教授）他

（2日目）
Ⅰ．居宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの実際と管理栄養士の居宅栄養ケア･マネジメント
江頭　文江（地域栄養ケアPEACH 代表）他
Ⅱ．「食べること」を支援するための口腔･嚥下機能の評価と栄養ケアチーム
菊谷　武（日本歯科大学 教授）他
Ⅲ．地域高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの事例
野地　有子（千葉大学大学院 教授）他
Ⅳ．居宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの展開のための課題解決と展開に向けての討議
小山　秀夫（兵庫県立大学大学院 教授）
宇田　　淳（広島国際大学 教授）　　他

※一部内容が変更することがございます。ご了承下さい。
※2日間の講座を修了し、自施設での課題検討を修了した方には 研修修了証を発行いたします。

詳細･応募方法は日本健康･栄養システム学会ホームページ（http://www.j-ncm.com/）まで

主催：　一般社団法人日本健康･栄養システム学会
平成23年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）　在宅高齢者に対する効果的な栄養･食事サービスの確保に関する調査研究班
協力：　公益社団法人　全国老人福祉施設協議会
一般社団法人　日本慢性期医療協会　　他
（予定）　社団法人　全国老人保健施設協会

一般社団法人日本健康・栄養システム学会

平成２３年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
在宅高齢者に対する効果的な栄養・食事サービスの確保に関する調査研究事業
（委員長　井形昭弘　名古屋学芸大学学長）

在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修

スタッフ運営マニュアル

第１回　　名古屋会場　名古屋学芸大学

平成 23 年 10 月 8 日（土）10:30～17:30、9 日（日）10:00～17:30

第２回　　青森会場　青森県立保健大学

平成 23 年 10 月 15 日(土）10:30～17:30、16 日（日）10:00～17:30

第３回　　広島会場　広島国際大学　広島キャンパス

平成 23 年 11 月 19 日（土）10:30～17:30、20 日（日）10:00～17:30

第４回　　神戸会場　兵庫県立大学
兵庫学園都市キャンパス　三木記念講堂

平成 23 年 12 月 3 日(土）10:30～17:30、4 日（日）10:00～17:30

第５回　　熊本会場　熊本県立大学

平成 23 年 12 月 10 日(土)10:30～17:30、11 日(日)10:00～17:30

第６回　　東京会場　昭和女子大学オーロラホール

平成 24 年 1 月 21 日(土)10:30～17:30、22 日(日)10:00～17:30

平成２３年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
在宅高齢者に対する効果的な栄養・食事サービスの確保に関する調査研究事業
（委員長　井形昭弘　名古屋学芸大学学長）

在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修

主催：　一般社団法人日本健康・栄養システム学会
後援：　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　　会場地専門職関連諸団体

目的

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ものの、未だ殆ど実施されるにいたっておりません。居宅高齢者に対する栄養ケア・マネジメントの全国的な推進には、管理栄養士の人材開発・育成のみならず、高齢者の「食べること」を支援するチームを担う専門職に対して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いえます。

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・施設の臨床研修を伴う）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ました。さらに、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できる研修教材を作成し、平成２２年度には、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研修システムを活用して、高齢者の栄養ケアチーム指導者及び研修施設を育成するための研修大会を全国4箇所で開催し、研修プログラム、教材、評価システム、居宅栄養ケア・マネジメントを担う栄養ケアチームの育成のための拠点となる指導者及び研修施設を育成してきました。

本年度は、これらの研修基盤の全てを活用するとともに、平成23年5月に、本事業の試行として居宅高齢者の栄養ケアチーム研修会におけるプログラム及び教材をも活用し、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、居宅高齢者の「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行いますので、是非、ご参加くださいますようにお願いいたします。

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

名古屋会場	大会長	名古屋学芸大学教授	山中　克己
青森会場	大会長	青森県立保健大学教授	吉池　信男
広島会場	大会長	広島国際大学教授	宇田　　淳
神戸会場	大会長	兵庫県立大学大学院教授	小山　秀夫
熊本会場	大会長	日本赤十字社　熊本健康管理センター名誉所長	小山　和作
		国保水俣市立総合医療センター	山下　茂子
東京会場	大会長	昭和女子大学教授	大木　和子

Ⅰ．日時・場所・時間割

第 1 回　名古屋会場

日時：　平成 23 年 10 月 8 日（土）10:30～17:30、9 日（日）10:00～17:30
場所：　名古屋学芸大学　ヒューマンケア学部 B 棟　HB301 講義室
〒470-0196　愛知県日進市岩崎町竹ノ山 57
・地下鉄東山線「上社駅」、鶴舞線「赤池駅」よりスクールバス（無料）。
・駐車場もございますが、可能な限りスクールバスをご利用いただきますようお願いいたします。
地図：

第 2 回　青森会場

日時：　平成 23 年 10 月 15 日(土）10:30～17:30、16 日（日）10:00～17:30
場所：　青森県立保健大学　〒030-8505　青森市大字浜舘字間瀬 58-1
- JR：　新青森駅から青森駅を経由し（奥羽本線)、青い森鉄道八戸方面行きで東青森駅または小柳駅で下車。共に大学まで徒歩約 10 分（約 1 km)。
- バス（青森市営バス)：
新青森駅南口から東部営業所方面行きで青森駅前バス停で下車（約 15 分)。
青森駅前バス停から戸山団地・沢山線（明の星高校経由に限る）で県立保健大学バス停まで（約 20 分)
- 車：　青森駅から約 20 分、新青森駅から約 25 分
青森自動車道（青森中央 IC）から約 15 分
青森空港から約 30 分

地図：　http://www.auhw.ac.jp/220contents/loca.html

第 3 回　広島会場

日時：　平成 23 年 11 月 19 日（土）10:30～17:30、20 日（日）10:00～17:30
場所:　広島国際大学　広島キャンパス　〒730-0016　広島市中区幟町 1-5
JR 広島駅から徒歩約 10 分。JR 広島駅から城南通りを紙屋町方面へ、ロイヤルホスト右を左折、右側に広島キャンパス
地図：　http://www.hirokoku-u.ac.jp/access/hiroshima/index.html

第４回　神戸会場

日時：　平成 23 年 12 月 3 日(土) 10:30～17:30、4 日 (日) 10:00～17:30

場所：　兵庫県立大学 兵庫学園都市キャンパス 三木記念講堂
〒651-2197　神戸市西区学園町 8 丁目 2-1
神戸市営地下鉄学園都市駅下車徒歩約 15 分

地図：　http://www.u-hyogo.ac.jp/access/campus02.html

第５回　熊本会場

日時：　平成 23 年 12 月 10 日(土)10:30～17:30、11 日(日)10:00～17:30

場所：　熊本県立大学　〒862-8502　熊本市月出３丁目１番１００号

・ JR 熊本駅から（鹿児島本線・豊肥本線）
バスを利用する場合：
JR 熊本駅から、バスで約１０分、交通センター下車（又は、市電で約１０分辛島町電停下車）。交通センターからは 、
２７番乗り場
市営バス「日赤・長嶺団地・月出」行き（「県１」、「県２」、「県３」、「味１」又は「味２」表示）で約４０分、「県立大通り」（県立大西門の場合）又は「県立大学前」（県立大正門の場合）下車、徒歩１分。
１４番乗り場
(1) 産交バス「パークドーム」行き（「鹿８」表示）で約３０分、「日赤病院前」（県立大車両門の場合）下車徒歩１分。
(2) 産交バス「戸島」行き（「鹿７」表示）で約３０分、「日赤病院前」（県立大車両門の場合）下車、徒歩１分。
１２番乗り場
市営バス「長嶺小学校前」行き（「鹿１０」表示）で、約３５分、「日赤病院前」（県立大車両門の場合）下車、徒歩１分。
車、タクシーを利用する場合：所要約２５分

・ 熊本空港から
車、タクシーを利用する場合：所要２０分
バスを利用する場合：
「熊本駅前」行きリムジンバスで約２０分、「自衛隊前」下車。
「自衛隊前」バス停から、熊本県立大学までタクシーで約１０分。

地図：　http://www.pu-kumamoto.ac.jp/

第６回　東京会場

日時：　平成 24 年 1 月 21 日(土)10:30～17:30、22 日(日)10:00～17:30

場所:　昭和女子大学（予定）〒154-8533　東京都世田谷区太子堂 1-7

地図:　http://office.swu.ac.jp/campusmap/
地下鉄　東急田園都市線（半蔵門直通）三軒茶屋下車　徒歩 7 分
バス　渋谷駅から下記方面行　昭和女子大学下車

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）
　　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。
参加者は各自で昼食を用意する。
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
18 時 00 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、当日指示された場所に置くこと。貴重品は各自管理する。
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。
５）服装は､スーツである必要はないが､華美な服装や肌の露出が多い服装などは避けること。
６）各自で筆記用具を持参すること。

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

各担当	責任者 担当教員 （敬称略）	学生スタッフ氏名	備　　考
★会場の準備・片付け	全員		
★会場・受付 －　舞台設営準備、会場内片付け －　参加者の案内・誘導	5 名 （受付係含む）		
－　受付（合計 3 名） 事前受付（2 名） 当日受付（1 名）	3 名 （開始時のみ）		開始時の受付業務の終了後、会場や講師控室等での業務を併任する。
－　講師昼食時のお茶のなどのお世話	1 名		受付係が併任する。
★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） －　写真撮影（1 名）	2 名		AV 機器・資料の確認等
★全体司会・進行補助 －　タイムキーパー	1 名		

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。

【会場係】

・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、「あと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。
・司会・講演・運営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（会場ごとに必要数を確認する)。
・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。
・ごみ類の片付けをする。
・事務局（神奈川県立保健福祉大学）あるいは次の会場宛ての荷物を、杉山の指示により宅急便の送付状を貼って送付する。

【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 1 部ずつに取るか、受付で手渡し。)
・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。
・会場への入口を案内。
・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とよい。

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参加証（領収書付き）☐6,000 円（１日目免除者は 3,000 円）に☑チェックをして渡す。
・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が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☐6,000 円（1 日目免除者は 3,000 円）に☑チェックをして渡す。
・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。後日、会計担当が振込の確認をする。

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う。名刺を持参された方は、1 日のみの参加か両日参加かを聞き、連絡先等の情報は名刺で代用してもよい。
支払いは郵便振込である旨を説明し、領収書は渡さない。受付での参加費の受け取りやお釣りを渡す等の金銭のやり取りは行わない。参加証（領収書付き）は入金が確認でき次第、会計担当から送付する旨も伝える。
・参加申込書を記入していただいたら受け取り、少しその場でお待ちいただく。記入済みの参加申込用紙に受付番号をメモする。メモしたものと同じ番号を別紙に記入し、申込者に手渡す。
番号の付け方は、「会場コード（3 文字）＋100」から連番にする。
（例）青森の場合：ＡＭＲ100、ＡＭＲ101　…

事前受付、当日受付のいずれの場合も、両日参加する参加者には両日とも受付をしてもらう。

会計責任者：

・会場費などの振込みについて確認する。
・お弁当など、各種請求書をもらう。
・各大会で依頼した講師やアルバイトに振込みなどについて連絡する。

【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、スクリーン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。プレゼン資料は最後消去し、USB は杉山（神奈川県立保健福祉大学）に渡す。
・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。
・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。
・全ての録音を行う。録音済み資料は杉山（神奈川県立保健福祉大学）に渡す、あるいは郵送する。
・ビデオ担当者（新出、高田）は、各会場の「事例検討」、「栄養ケアチームの展開と課題」を録画して、三橋先生（日本歯科大学）に渡す。
　ビデオ録画機材一式は三橋先生（日本歯科大学）の所有物なので、不備なく返却できるよう、取り扱いに注意する。

【舞台、会場設営係】
・演台の配置会場の設営。
・誘導：　受付後の参加者の入場の際、会場内の席を前から詰めてもらうよう誘導する。
・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）などはアップで撮影。
・参加者の写真撮影の際には、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。

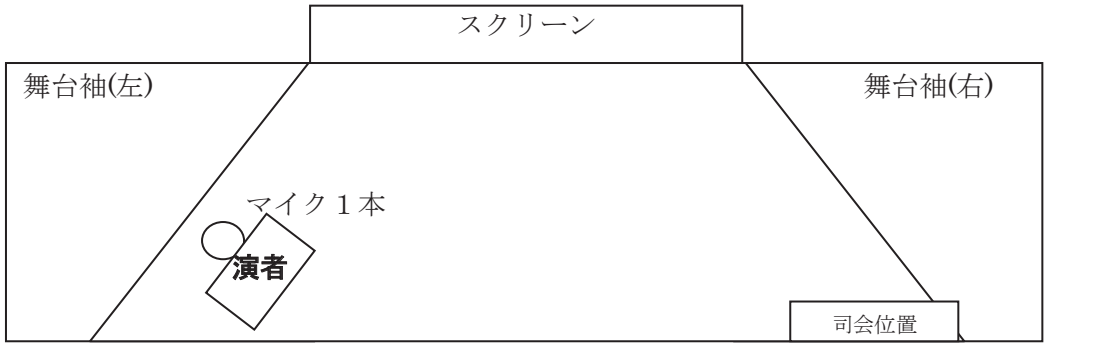
【片付け（会場・ホール、控室、受付）】
・ホール内の貼り紙を全て撤去する。
・講堂内の各席の忘れ物、各机のライト・マイクがオフになっているかを全席確認する。
・控室、受付の机やイスを元の状態に戻す。忘れ物のないようにする。
・ゴミなどを残さないように回収する。

【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）各セッションの終了予定時刻の 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

○講演（参考例）

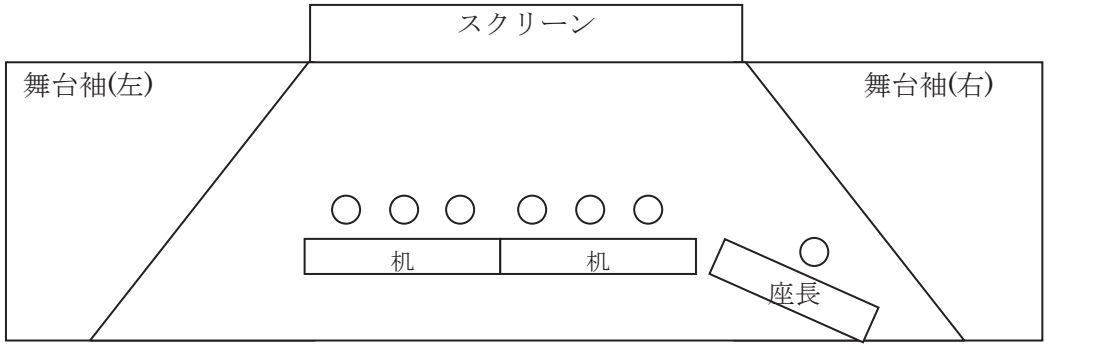


【必要物品】

借用　　舞台：演台、卓上ライト
　　舞台左袖：机１台・椅子２個、ワイヤレスマイク 3～4 本、
　　（タイピンマイク 2 個、有線マイク 4 本は、研修会では使用しない方向）
　　パソコン１台・ポインタ

① ワイヤレスマイクを、演台に置く
② 舞台左袖に、講師用ミネラルウォーター・紙コップを人数分準備しておく
③ マイク音量等を確認する。必要であれば、単三電池の交換をする。

○事例・討論



【必要物品】

借用　　舞台：机２台・予備机１台・椅子 6～8 個（座長用に１個）、
　　ワイヤレスマイク４本

①ワイヤレスマイクを、机に置く
②講師用ミネラルウォーター・紙コップを人数分準備しておく
③マイク音量等を確認する。必要であれば、単三電池の交換をする。

Ⅴ．物品一覧（例）

	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、②		事務局				1 日目用
7	受付	配布用本③		事務局				2 日目用
8	受付	当日資料（2 日目+当日講師用）		事務局				
9	受付	筆記用具	1 式					黒ボールペン、油性マジック、等
10	受付	文房具	1 式					メンディングテープ、はさみ、ホッチキス、付箋、クリップ、等
11	受付	スタッフ用名札	15 個	事務局				
12	受付	受付用表示 2 種（当日・事前）		事務局				
13	受付	諸費用	○○円	事務局				支払いが生じた場合は領収書をもらう
14	受付	宅急便送付状	5～6 枚					
15	講師室	お茶セット	1 式					コーヒー、紅茶、緑茶、砂糖、ミルク、マドラー、等
16	講師室	紙コップ	50 個					
17	講師室	ペットボトル（お茶）	1.5 ℓ×5 本					
18	講師室	お弁当						
19	講師室	ゴミ袋	1 式					
20	講師室	ウェットティッシュ	1 個					
21	講師室	ティッシュ	1 箱					
22	講師室	台ふきん	1 枚					
23	講師室	アルバイト名簿	1 式					
24	講師室	運営マニュアル	20 部					
25	舞台	ノート PC	1 台					
26	舞台	レーザーポインター	1 個					
27	舞台	カメラ	1 台					
28	舞台	単三電池（マイク予備）	10 個					
29	舞台	USB（講演者用プレゼンデータ）						
30	舞台	プログラム用データ持参						
31	舞台	ビデオカメラ	1 式	事務局				三橋先生
32	舞台	時計	2 個					
33	舞台	タイムキーパー用　指示紙	1 式					
34	舞台	ボイスレコーダー	2 個					
35	舞台	SD カード						
36								
37								
38								
39								
40								

VI. 関係者一覧

理事長　　武藤　泰敏　岐阜大学名誉教授
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
居宅研修プログラム作成及び運営小委員会長
　　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　社会福祉法人渓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　椙山女子大学教授
　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　大和市健康福祉部健康づくり推進課
　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
協力委員
　高田和子　　独立行政法人国立健康・栄養研究所室長
　野中　博　　東京都医師会会長
　木村隆次　　日本介護支援専門員協会会長
　太田貞次　　神奈川県立保健福祉大学教授
　岡田希和子　名古屋学芸大学講師
　菊谷　武　　日本歯科大学教授
　草間かおり　山口県立大学准教授
　山下茂子　　水俣市立総合医療センター
　江頭文江　　地域栄養ケアPEACH厚木代表
　佐藤悦子　　愛全診療所
　奥村眞理子　東京ふれあい医療生協　梶原診療所
研修大会長
　名古屋大会長　　山中克己　　名古屋学芸大学教授
　　協力　　田村　明　　名古屋学芸大学教授
　　福留裕子　　名古屋学芸大学教授
　　立花万斗花　名古屋学芸大学
　青森大会長　　吉池信男　　青森県立保健大学教授
　　協力　　清水亮　　青森県立保健大学講師
　　高田健人　　青森県立大学大学院
　広島大会長　　宇田　淳　　広島国際大学教授
　　協力　　服部建大　　広島国際大学助教
　神戸大会長　　小山秀夫　　兵庫県立大学大学院教授
　　協力　　伊達ちぐさ　兵庫県立大学教授
　　太田久彦　　神戸松蔭女子大学教授
　熊本大会長　　小山和作　　日本赤十字社熊本健康管理センター名誉所長
　　協力　　福島英生　　熊本県立大学教授
　　山下茂子　　国保水俣市立総合医療センター栄養課長
　　若木陽子　　熊本日赤健康管理センター
　東京大会長　　大木和子　　昭和女子大学教授

協力　　高田和子　　独立行政法人国立健康・栄養研究所室長
協力　　堤ちはる　　日本子ども家庭総合研究所部長

その他講師等　　田村文誉　　日本歯科大学准教授
横山紀美代　熊本第一病院訪問看護師
水島美保　　山口内科医院管理栄養士
学会事務局　会計担当　駒方公大　　事業補助員　尾関麻衣子

Memo

司会進行表

◆進行１日目

（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。）

司会：

皆様おはようございます。本大会の司会を務めます、大会長の○○と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

会に先がけ、本研修大会の運営担当であります、日本健康・栄養システム学会理事の杉山みち子先生より、アンケートのご案内をさせていただきます。

（杉山先生によるアンケート案内）

杉山先生、ありがとうございました。

また、本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お配りしています。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にお願いいたします。

……

10：20～25（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。

- 教材２冊（1 日目用）：
  『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』
  『高齢者の栄養改善、経口移行・移行維持、認知症、エンド・オブ・ライフの栄養ケア・マネジメント　－「食べること」を支援するために　－』（参考資料）
- 教材１冊（2 日目用）
  『在宅高齢者の「食べること」を支援する栄養ケアチーム研修会　教材』
- 自己評価アンケート用紙
- 本研修会に関するアンケート用紙

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、ご了承くださいますようにお願いいたします。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、ご質問のある方はマイクをお使いください。

……

10：30～10：35　開会の挨拶

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２３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）、在宅高齢者に対する効果的な栄養･食事サービスの確保等に関する調査事業による、在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修大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、その他　○○（開催地ごとの団体）様より、ご協力を頂いております。

はじめに、
・熊本会場：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
・熊本会場以外：日本健康・栄養システム学会理事　名古屋学芸大学学長　井形昭弘先生
より、開会のご挨拶がございます。

（熊本：武藤泰敏先生、熊本以外：井形昭弘先生）

……

10：35～11：20
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頂きます。

本日の最初の講義は､「夢の長寿社会の実現のために―チームで支える居宅高齢者の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 8 ページにございます。またパワーポイントは、教材 13 ページ、解説は 39 ページをご参照ください。

……

11：20～11：25　《質疑・応答》
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。
ご所属とお名前をはじめにお願いいたします。

……

11：25～12：55
次は、「高齢者の臨床栄養（１）低栄養状態を知ろう、（２）経管栄養法と口から食べることの移行・維持のために」で、講師は、高齢者臨床栄養プログラム班長で、椙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 8 ページにございます。また加藤先生の講義のパワーポイントは 47 ページから、解説は 59 ページからです。

……

12：55～13：05　《質疑・応答》
加藤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。
ご所属とお名前をはじめにお願いいたします。

（質疑応答）

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

……

13：05～13：55　《全体アナウンス》
これより昼食休憩を 50 分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 55 分までにお戻り下さいますようお願いします。

……

13：55～14：25
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」です。 講師は、研修プログラム委員長で、神奈川県立保健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 81 ページ、解説は 103 ページをご参照ください。

……

14：25～14：30《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。
ご所属とお名前をはじめにお願いいたします。

（質疑応答）

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

……

14：30～15：10
次に第Ⅲ部「高齢者の認知症、摂食嚥下障害、エンド・オブ・ライフと栄養ケア・マネジメント」で、「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、神奈川県大和市健康福祉部健康づくり推進課の田中和美先生です。
パワーポイントは、教材 141 ページ、解説は 161 ページをご参照ください。また『高齢者の栄養改善、経口移行・移行維持、認知症、エンド・オブ・ライフの栄養ケア・マネジメント　－「食べること」を支援するために　－』もご参照ください。

……

15：10～15：15《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。
ご所属とお名前をはじめにお願いいたします。

（質疑応答）

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

……

15：15～15：25《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、15:25 からです。

……

15：25～16：25
時間になりましたので再開いたします。
次は「摂食嚥下障害を有する高齢者の栄養ケア・マネジメント」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 111 ページ、解説は 133 ページをご参照ください。また『高齢者の栄養改善、経口移行・移行維持、認知症、エンド・オブ・ライフの栄養ケア・マネジメント　－「食べること」を支援するために　－』もご参照ください。

……

16：25～16：35

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。
ご所属とお名前をはじめにお願いいたします。

（質疑応答）

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

……

16：35～17：20

次は、「エンド･オブ･ライフにおける栄養ケア･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 167 ページ、解説は 183 ページをご参照ください。また『高齢者の栄養改善、経口移行・移行維持、認知症、エンド・オブ・ライフの栄養ケア・マネジメント　－「食べること」を支援するために　－』もご参照ください。

……

17：20～17：25

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。
ご所属とお名前をはじめにお願いいたします。

（質疑応答）

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

……

17：25～17：30

本日の講義はこれで終了となりますが、最後に○○○○より、ご挨拶させていただきます。

（ごあいさつ）

それでは明日のスケジュールを簡単にお知らせいたします。
開始時刻は 10 時丁度でございます。初日の今日とは開始時間が異なりますので、ご注意ください。
お昼休憩は 12 時 25 分から 13 時 15 分となります。
終了時刻は 17 時 30 分を予定しております。
詳しくはプログラムをご参照ください。

それでは皆様、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。本日はありがとうございました。

◆進行２日目

司会：

皆様おはようございます。本大会の司会を務めます、大会長の○○と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

会に先がけ、本研修大会の運営担当であります、日本健康・栄養システム学会理事の杉山みち子先生より、アンケートのご案内をさせていただきます。昨日よりご参加いただいている方々には重複する内容となりますが、本日より参加される方々へのご案内ということでご了承ください。

（杉山先生によるアンケート案内）

・・・

（質疑応答）

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

……

12：25～13：15　《全体アナウンス》

これより昼食休憩を 50 分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。

午後の部は、13 時 15 分から開始いたします。

……

13：15～15：15

では、午後の部をはじめさせて頂きます。

第Ⅲ部は「地域高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの事例」です。

「１．認知症、摂食・嚥下障害の取り組み事例」をご紹介いただくのは、社会福祉法人同胞互助会　愛全診療所・居宅療養管理指導の佐藤悦子先生です。

「２．エンド・オブ・ライフの事例」をご紹介いただくのは、東京ふれあい医療生協　梶原診療所の奥村眞理子先生です。

座長は千葉大学大学院看護学研究科教授の野地有子先生です。

それでは野地先生、よろしくお願いいたします。

……

15：15～15：25《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、15:25 からです。

……

15：25～17：15

時間になりましたので再開いたします。

第Ⅳ部は「居宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの展開のための課題解決と展開に向けての討議」です。

司会は兵庫県立大学大学院教授　小山秀夫先生です。

討議していただく先生は、〇〇先生、〇〇先生、です。

それでは小山先生、よろしくお願いいたします。

……

17：15～17：25

それでは、事務局からのご案内を小山秀夫先生から、課題説明を杉山みち子先生から説明をしていただきます。

……

17：25～17：30　閉会の挨拶

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たします。

……

17：30～　《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。

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。
また、講義終了後および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 23 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）
在宅高齢者に対する効果的な栄養・食事サービスの確保に関する調査研究事業
（委員長　井形昭弘　名古屋学芸大学学長）

在宅高齢者の「食べること」を支援する
栄養ケアチーム研修会　教材

一般社団法人　日本健康・栄養システム学会

目　　次

プログラム
講師略歴

Ⅰ．居宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの実際と管理栄養士の
居宅栄養ケア・マネジメント
江頭　文江（地域栄養ケア PEACH 厚木　代表）
佐藤　悦子（社会福祉法人同胞互助会　愛全診療所）
奥村　眞理子（東京ふれあい医療生協　梶原診療所）

Ⅱ．「食べること」を支援するための口腔・嚥下機能の評価と栄養ケアチーム
菊谷　　武（日本歯科大学　教授）

Ⅲ．地域高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの事例
１．認知症・摂食・嚥下障害の取り組み事例
佐藤　悦子（社会福祉法人同胞互助会　愛全診療所・居宅療養管理指導）
２．エンド・オブ・ライフの事例
奥村眞理子（東京ふれあい医療生協　梶原診療所）

座長　　野地　有子（千葉大学大学院看護学研究科　教授）
討論者　恒川　幸子（東京ふれあい医療生協梶原診療所　医師）
山川　　治（甲斐歯科医院院長　前橋赤十字病院摂食・嚥下・胃瘻外来
歯科医師）
小暮和歌子（東京ふれあい医療生協　ふれあい訪問看護ステーション所長
看護師・介護支援専門員）
飯田まり子（東京ふれあい医療生協　梶原診療所介護相談センター主任
介護支援専門員）
橋本　　愛（訪問言語リハビリ「ことのは」代表　言語聴覚士）

Ⅳ．居宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの展開のための課題解決と
展開に向けての討議
司会　　小山　秀夫（兵庫県立大学大学院教授）
介護保険制度の見直しと地域ケアの重要性　　小山　秀夫（兵庫県立大学大学院　教授）
医療・介護サービスの連携について　　野中　　博（野中医院　院長）
ケアマネジメントとの連携について　　木村　隆次（日本介護支援専門員協会　会長）
チーム構築の課題と解決について　　太田　貞司（神奈川県立保健福祉大学　教授）

平成23年度　在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修（例）

会場

時間	1日目 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基礎	2日目 地域高齢者の「食べること」を支援する 栄養ケアチームの展開
9:30	受付開始	
10:00		10:00～10:05　研修大会長挨拶
10:30	**開会** 10:30～　司会：大会長 開会のご挨拶：委員長　井形　昭弘	Ⅰ 10:05～11:15 **居宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの実際と管理栄養士の居宅栄養ケア・マネジメント** 江頭　文江 （地域栄養ケアPEACH厚木） （講義60分・質問10分）
11:00	Ⅰ 講義 高齢者の「食べること」を支援することの大切さ 10:35～11:25 **夢の長寿社会の実現のために** **―チームで支える居宅高齢者の「食べること」の大切さ―** 井形　昭弘 （名古屋学芸大学　学長） （講義45分・質問5分）	
11:30		Ⅱ 11:15～12:25 **「食べること」を支援するための口腔・嚥下機能の評価と栄養ケアチーム** 菊谷　武 （日本歯科大学 教授） （講義60分・質問10分）
12:00	11:25～13:05 **高齢者の臨床栄養** **（1）低栄養状態を知ろう** **（2）経管栄養法と口から食べることの移行・維持のために** 加藤昌彦 （椙山女学園大学 教授） （講義90分・質問10分）	
12:30		12:25～13:15 昼食休憩
13:00	13:05～13:55 昼食休憩	
13:30		Ⅲ 地域高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの事例 13:15～15:15 **1. 認知症、摂食・嚥下障害の取り組み事例** 佐藤　悦子 （社会福祉法人同胞互助会 愛全診療所・居宅療養管理指導） （事例説明15分・討論45分） **2. エンド・オブ・ライフの事例** 奥村眞理子 （東京ふれあい医療生協梶原診療所） （事例説明15分・討論45分） 座長：野地　有子 （千葉大学大学院看護学研究科 教授） 討論者：参加者代表
14:00	Ⅱ 高齢者の「食べること」の支援に参加するために 13:55～14:30 **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** 杉山みち子 （神奈川県立保健福祉大学 教授） （講義30分・質問5分）	
14:30	Ⅲ 高齢者の認知症、摂食嚥下障害、エンド・オブ・ライフと栄養ケア・マネジメント 14:30～15:15 **認知症高齢者の栄養ケア・マネジメント** 田中　和美 （神奈川県大和市健康福祉部健康づくり推進課） （講義40分・質問5分）	
15:00	15:15～15:25　休憩	15:15～15:25　休憩
15:30	15:25～16:35 **摂食嚥下障害を有する高齢者の栄養ケア・マネジメント** 合田　敏尚 （静岡県立大学 教授） （講義60分・質問10分）	Ⅳ 15:25～17:15 **居宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの展開のための課題解決と展開に向けての討議** 司会：小山　秀夫 （兵庫県立大学大学院 教授） 太田　貞司 （神奈川県立保健福祉大学 教授） 木村　隆次 （日本介護支援専門員協会 会長） 他
16:00		
16:30	16:35～17:25 **エンド・オブ・ライフにおける栄養ケア・マネジメント** 梶井　文子 （聖路加看護大学 准教授） （講義45分・質問5分）	
17:00		17:15～17:25　休憩 研修会のまとめと課題説明
17:30	17:25～17:30 2日目スケジュール等の説明 ご挨拶	**閉会** 17:25～17:30 閉会のご挨拶 名古屋学芸大学学長　井形　昭弘

講師略歴

江頭　文江（えがしら　ふみえ）

平成４年　　社会福祉法人聖隷福祉事業団　聖隷三方原病院栄養科　勤務

平成１１年　ピーチサポート　代表

平成１５年　地域栄養ケアＰＥＡＣＨ厚木　代表（現在に至る）

日本摂食・嚥下リハビリテーション学会　評議員

神奈川 PDN 世話人

日本褥瘡学会関東甲信越地方会神奈川県支部世話人

日本栄養改善学会、日本静脈・経腸栄養学会、日本病態栄養学会

著書：

「チームで実践　高齢者の栄養ケア・マネジメント」（著）

「在宅生活を支える！これからの新しい嚥下食レシピ」（著）

「嚥下食ピラミッドによる嚥下食レシピ１２５」（編著）

「まるわかり！高齢者栄養ケア・マネジメント」（編著）

「ベッドサイドから在宅で使える嚥下食のすべて」（共著）

「わかる！摂食・嚥下リハビリテーションⅢ～栄養管理と障害へのアプローチ～」（共著）

「わかる！摂食・嚥下リハビリテーションⅠ～評価法と対処法～」（共著）

「誤嚥を防ぐケアとリハビリテーション」（共著）

「ナースのための摂食・嚥下障害ガイドブック」（共著）

「在宅医療実践マニュアル第２版」（共著）

「脳損傷に伴う摂食・嚥下障害標準化ガイド」（共著）

「がんばらないで家庭介護」（分担監修）

「かみにくい・飲み込みにくい人の食事」（料理監修）

「高齢者の疾病と栄養改善へのストラテジー」（共著）

など

受賞：

第２７回　神奈川県栄養改善学会賞「開業医との連携による地域栄養サポート活動」
受賞年(平成１５年)

第３２回　神奈川県歯科保健賞　受賞年(平成１８年)

第７６回　日本栄養改善学会奨励賞
「訪問栄養指導対象者の現状分析と転帰に関する研究」受賞年（平成２２年）

菊谷　武（きくたに　たけし）

平成元年　　日本歯科大学歯学部附属病院高齢者歯科診療科入局
平成１３年　附属病院　口腔介護・リハビリテーションセンター　センター長
平成１７年　助教授
平成１９年　准教授
平成２２年　東京医科大学　兼任准教授（現在に至る）
平成２２年　教授
平成２２年　日本歯科大学大学院生命歯学研究科　臨床口腔機能学　教授（現在に至る）
非常勤講師：岡山大学、広島大学、九州歯科大学、琉球大学

日本老年歯科医学会　指導医、認定医、日本障害者歯科学会　指導医、認定医
日本摂食・嚥下リハビリテーション学会　認定士、日本老年歯科医学会　理事、評議員
日本摂食・嚥下リハビリテーション学会　理事、評議員、日本障害者歯科学会　評議員

平成２１年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
「介護予防における口腔機能向上・維持管理の推進に関する研究」主任研究者
平成２１年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
「高齢者の経口摂取の維持ならびに栄養ケア・マネジメントの活用に関する研究」
分担研究者

著書　：　口腔機能評価 NAVI（医歯薬出版)、在宅医療の技とこころ“口から食べる”を支える － 在宅でみる摂食・嚥下障害，口腔ケアー（南山堂)、図解　介護のための口腔ケア（講談社)、ベットサイドの高齢者の診かた（南山堂)、基礎から学ぶ口腔ケア（学研)、在宅歯科診療実践マニュアル（厚友出版)、介護予防のための　口腔機能向上マニュアル（建帛社）かむのみこむが困難な人の食事（女子栄養大学出版)、介護予防と口腔機能の向上 Q&A（医歯薬出版)、新しい介護（講談社)、医療連携による在宅歯科医療（ヒョーロン)、摂食・嚥下リハビリテーション（医歯薬出版)、高齢者の疾病と栄養改善へのストラテジー（第一出版）　他

佐藤　悦子（さとう　えつこ）

昭和３７年　聖徳栄養専門学校　卒業
昭和３７年　順天堂大学付属　順天堂医院　栄養部
昭和４０年　医療法人育成会　鹿島田病院　栄養科　責任者
昭和５２年　医療法人寿鶴会　東武中央病院　栄養課
昭和５３年　同法人　菅野総合病院設立　栄養課長
昭和５８年　同法人　武蔵嵐山病院設立　栄養課　責任者
平成１年　　社会福祉法人同胞互助会総合（偕生園・愛全園）
　　栄養課　管理栄養士　栄養課長
平成１３年　同法人　昭島市高齢者在宅サービスセンター愛全園所長に就任
平成１３年　東京都立短期大学　健康栄養学科　非常勤講師
平成２０年　同法人　愛全診療所：居宅療養管理指導、栄養ケアステーション
　　管理栄養士チームリーダーとして勤務（現在に至る）

新東京歯科衛生士学校　非常勤講師（栄養指導）
帝京短期大学　非常勤講師（臨床栄養学２　臨床栄養学実習２）（現在に至る）

バイオフィリアリハビリテーション学会、日本健康・栄養システム学会
在宅チーム医療栄養管理研究会　初代代表、現事務局長
地域活動：楽夢食　楽夢食フォーラム

著書：　　おいしい介護食（法研）、在宅高齢者食事ケアガイド（第一出版）、これからの高齢者食品開発（幸書房）、アクティブシニア社会の食品開発指針、在宅栄養管理（南山堂）、リスク管理実践テキスト（診断と治療社）、在宅医療の技と心“口から食べる”を支える（南山堂）

受賞：
平成１０年　高齢者食超嚥下困難食発案：都知事賞授与
平成１３年　東京都栄養士会地域栄養指導業績に対して賞を頂く
平成１７年　東京都知事賞授与

管理栄養士、臨床栄養師

奥村　眞理子（おくむら　まりこ）

昭和５３年　東京農業大学　農学部栄養学科卒
平成２０年　神奈川県立保健福祉大学実践教育センター栄養ケア・マネジメント課程卒
平成２年　東京ふれあい医療生協　梶原診療所　入職
平成２３年　同梶原診療所　看護課主任（現在に至る）
管理栄養士、東京都栄養士会医療部会役員

野地　有子（のじ　ありこ）

昭和６３年　東京大学大学院医学系研究科博士課程
昭和６３年　東京女子医科大学病院看護部
平成元年　　東京都葛飾区葛飾保健所予防課保健指導主事
平成２年　　東京都医科歯科大学医学部保健衛生学科助手
　　米国ワシントン大学看護学部ポスト・ドクトラルフェロー
平成６年　　聖路加看護大学助教授
平成１０年　札幌医科大学教授／米国サンディエゴ大学客室研究員
平成１５年　新潟県立看護大学教授
平成２０年　防衛省人事教育局付看護学教育部設立準備室長
平成２３年　千葉大学大学院看護学研究科教授（現在に至る）

日本健康・栄養システム学会理事　他

恒川　幸子（つねかわ　さちこ）

平成１６年　日本大学　医学部医学科　卒業
平成１６年　日本大学　医学部附属板橋病院　研修医
平成１８年　京都大学　医学部附属病院　修練医（老年内科）
平成１９年　福井大学　医学部附属病院　医員　（総合診療部）
平成２０年　聖マリアンナ医科大学川崎市立多摩病院　任期付助教（総合診療科）
平成２１年　川崎医療生協・あさお診療所　後期研修医
平成２２年　東京ふれあい医療生協梶原診療所　在宅フェローシップ
平成２３年　東京ふれあい医療生協梶原診療所　職員
日本内科学会会員、日本老年医学会会員、日本リハビリテーション医学会会員、
日本家庭医療学会会員

山川　治（やまかわ　おさむ）

日本大学歯学部卒業

日本大学歯学部大学院臨床部門（口腔外科学）卒業

歯学博士取得

昭和５５年　日本大学歯科病院総合診療室勤務

昭和５９年　東京医科歯科大学歯学部歯科麻酔学教室に国内留学

（東京都立清瀬小児病院麻酔科に６ヶ月間研修）

昭和６１年　ピッツバーグ大学歯学部歯科麻酔学教室に留学（客員教授）

平成４年　　高知医科大学非常勤講師（麻酔・蘇生学教室）

平成７年　　MANILA CENTRAL UNIVERSITY（Clinical Professor）

昭和６２年　甲斐歯科医院開設（現在に至る）

平成１５年（財）榛名荘　榛名荘病院歯科口腔外科、摂食・嚥下リハビリテーション外来

平成１９年　前橋赤十字病院　摂食・嚥下・胃瘻外来（現在に至る）

平成１９年　利根中央病院　摂食・嚥下機能外来（現在に至る）

平成１９年　内田病院（現在に至る）

平成２０年　公立藤岡総合病院勤務（現在に至る）

日本歯科麻酔学会認定医

日本口腔インプラント学会認定医、指導医

日本摂食・嚥下リハビリテーション学会会員、評議員、認定専門士

日本褥瘡学会会員、日本口腔外科学会会員、日本障害者歯科学会会員

ピッツバーグ大学歯学部麻酔科客員教授、

群馬 NST 研究会世話人、日本静脈経腸栄養学会会員

群馬県知的障害者（児）摂食・嚥下研究会　代表世話人

NPO 群馬摂食・嚥下研究会　理事長

歯科麻酔学、歯科インプラント学、障害者歯科学、口腔外科学、摂食機能療法学

著書：　在宅高齢者食事ケアガイド（第一出版）、介護人材Ｑ＆Ａ（産労総合研究所介護サービス人材教育研究会）、口腔ケア、摂食・嚥下障害入門（産労総合研究所）、歯科インプラント学、在宅栄養管理（南山堂）、新床ずれケアナビ（中央法規）

小暮　和歌子（こぐれ　わかこ）

平成４年　　都立豊島看護専門学校卒業　看護師免許取得
平成１０年　ふれあい訪問看護ステーション　入職
平成１２年　介護支援専門員　取得
平成１９年　所長職就任

飯田　まり子（いいだ　まりこ）

平成１５年　梶原診療所　介護相談センター　入職
平成２１年　介護相談センター　センター長就任
平成２２年　主任介護支援専門員　研修終了
介護福祉士、介護支援専門員

橋本　愛（はしもと　あい）

平成１５年　国際医療福祉大学　保健学部　言語聴覚障害学科　卒
平成１５年　介護老人保健施設　梅の木　勤務
平成１７年　ミヤイリリハビリテーションクリニック　勤務
平成１８年　リハビリの風訪問看護ステーション
　　国際医療センター戸山病院　勤務
平成２０年　「ことのは」　開設　代表

言語聴覚士、東京都言語聴覚士会 理事、日本言語聴覚士協会 部員
著書
平成２２年　地域リハビリテーション[雑誌]
　　特集　訪問リハビリテーションに必要な視点と技術
平成２２年　失語症訓練の考え方と実際　新人ＳＴへのヒント
　　第Ⅳ章　地域との連携　２．失語症の訪問リハビリの意義と展望
平成２３年　訪問リハビリテーション[雑誌]
　　連載記事　達人の道具～訪問リハビリテーションの達人はどのような
　　道具を使っているのか～

小山　秀夫（こやま　ひでお）

昭和５５年　上智大学大学院博士後期課程単位修得退学（社会学・社会福祉学専攻）
昭和５５年　厚生省病院管理研究所医療管理部研究員
昭和６２年　厚生省病院管理研究所専攻科・研究科教育主任
平成１年　　厚生省病院管理研究所医療管理部主任研究官
（所属機関の名称変更に伴い改称）
平成２年　　国立医療・病院管理研究所　マクロ経済研究室長
平成４年　　国立医療・病院管理研究所　医療経済研究部長
（所属機関の組織編成に伴い改称）
平成１４年　国立保健医療科学院　経営科学部長
平成１８年　静岡県立大学　経済情報学部　教授
平成１９年　静岡県立大学　経済情報学部　学部長
平成２２年　兵庫県立大学経営研究科医療マネジメント専攻　教授
医療福祉学博士（川崎医療福祉大学）
著作:　　高齢者ケアのマネジメント論（厚生科学研究所）、これからの高齢者の栄養管理サービス（第一出版）、訪問看護ステーションのマネジメント　AtoZ（医学書院）、病院の DON（医学書院）　等

野中　博（のなか　ひろし）

昭和４７年　東京医科大学卒業　同年同大学内科学教室入局
昭和６０年　野中医院　開業
平成２年　医療法人社団博腎会野中医院開設
昭和６２年　（社）浅草医師会理事
平成１年　　（社）浅草医師会長（平成１７年３月３１日まで）
平成９年　　（社）東京都医師会理事
平成１５年　（社）東京都医師会副会長
平成１６年　（社）日本医師会常任理事（平成１８年３月３１日まで）
日本医師会常任理事として主に介護保険担当
社会保障審議会介護保険委員会委員、介護給付費分科会委員、社会保障審議会障害者部会委員
平成１８年（社）日本医師会介護保険委員会委員長
平成１８年　社会保障審議会（後期高齢者医療の在り方に関する特別部会）臨時委員
平成２０年　厚生労働省「安心と希望の医療確保ビジョン」アドバイザリーボード
平成２０年　社会保障国民会議サービス保障分科会委員
平成２２年　東京医科大学理事

木村　隆次（きむら　りゅうじ）

昭和５７年　　城西（じょうさい）大学 薬学部卒業
昭和５７年　　杏林薬品株式会社（現キョーリン製薬(株)）入社
平成 ２年　　「ハロー薬局」 開設
平成１２年　　指定居宅介護支援事業者「ハロー介護保険相談室」開設
平成１２年　社団法人 日本薬剤師会 常務理事
平成１５年　特定非営利活動法人　青森県介護支援専門員協会 副会長
平成１５年　全国介護支援専門員連絡協議会 会長
平成１７年　一般社団法人 日本介護支援専門員協会 会長
平成２２年 社団法人 青森県薬剤師会 会長
薬剤師 介護支援専門員 介護支援専門員指導者一期生（平成９年より）

城西大学薬学部・青森大学薬学部・日本大学薬学部 非常勤講師
「社会保障審議会臨時委員」―介護保険部会
「社会保障審議会臨時委員」―介護給付費分科会
「社会保障審議会専門委員」－統計分科会 生活機能分類専門委員会
「財団法人 日本訪問看護振興財団」評議員
「社団法人 シルバーサービス振興会」理事
「財団法人 社会福祉振興・試験センター」評議員
「青森県医療審議会」委員
「青森県高齢者サービス総合調整推進会議」委員
「青森県運営適正化委員会」委員 苦情解決部会長
「青森市健康福祉審議会」委員
「青森市介護サービス運営協議会」委員
「青森市国民健康保険運営協議会」委員
「青森市横内川水道水源保護審議会」委員

著書：　　クスリと暮らし（東京新聞出版局）
　　高齢者の暮らしを支える薬剤マネジメント−薬剤師は生活機能の見張り番
　　（薬ゼミ情報教育センター）

太田　貞司（おおた　ていじ）

北海道大学文学部卒

北九州市立大学大学院社会システム研究科後期課程修了（学術博士）

福祉事務所・病院・保健所勤務後、帝京平成短大、広島女子大学、北海道女子大学勤務

平成１５年　　神奈川県立保健福祉大学　社会福祉学科　教授（現在に至る）

かながわ高齢者保健福祉計画評価・推進等委員会委員等

著書：　在宅ケアの条件（自治体研究社)、地域ケアシステム（有斐閣アルマ)、介護福祉思想の探求(ミネルヴァ書房，共編)、対人援助職をめざす人のケアマネジメント Learning10(みらい，共編)、介護福祉教育の展望（光生館、共編)、第 1 巻『地域包括ケアシステム―その考え方と課題』(光生館、共編）等

論文：

「在宅ケアーの課題に関する試論－老人介護事件の検討から」

[副田あけみ編『社会福祉リーディング　高齢者と福祉』（日本図書センター）収録]等

Ⅰ．居宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの実際と管理栄養士の居宅栄養ケア・マネジメント

江頭　文江
地域栄養ケア PEACH 厚木

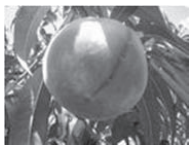
佐藤　悦子
社会福祉法人同胞互助会　愛全診療所

奥村　眞理子
東京ふれあい医療生協　梶原診療所

管理栄養士の居宅栄養ケア・マネジメントとチーム活動の実践

地域栄養ケアPEACH厚木
管理栄養士　江頭　文江
http://www.taberukenri.com/

地域栄養ケアPEACH厚木
（地域栄養ケアセンター）



『　事業理念　』

『医療・福祉機関との連携を重要視し、疾病の予防・治療に関わる地域住民に対し適切な栄養管理を提供する』

P　・・・　Perfect
E　・・・　Eating
A　・・・　And
C　・・・　Comfortable
H　・・・　Health

～最適な食環境と快適な生活をめざして～

事業所概要

事業所名称	地域栄養ケアPEACH厚木
事務所所在地	〒243-0204 厚木市鳶尾2-27-8
代表者	管理栄養士　江頭　文江
従業員	常勤管理栄養士：1名、非常勤管理栄養士：3名 非常勤栄養士：1名、非常勤事務担当職員：1名
連絡先	電話&FAX：046-225-6840 http://www.taberukenri.com/
営業日	月～金　午前9時～午後17時
設備	車3台、電話・FAX、パソコン5台、プリンター、 キッチンサロン訪問用衛生用品、事務用品等

事務所

スタッフ

キッチンサロン

3

事業内容

項目	実施場所(事項)	対象者	頻度	概要
訪問栄養指導	居宅	依頼のあった利用者	月2回	介護保険、医療保険
外来栄養指導 (一般栄養指導)	診療所(4診療所)	診療所に受診する患者	月1-3回	主な対象疾患;糖尿病、高血圧症、高脂血症、高尿酸血症等
集団栄養指導	診療所(1診療所)	診療所に受診する患者	月2回	離乳食教室
福祉施設に対する栄養ケアマネジメント	介護保険施設(4施設)	入所者及び施設職員	月2回	NCMシステム構築と実施に関する助言 食事指導
幼児への食育活動	保育園(2施設)	保育園職員及び園児,保護者	月1回以上	厨房会議や職員研修会、子育て支援事業
地域住民及び医療福祉関係者への栄養教育	地域支援事業 ヘルパー対象の栄養講座 厚木栄養サポート研究会 厚木医療福祉連絡会	地域住民 ヘルパー等 栄養士等 医療福祉関係者	適宜 年3回 月1回 適宜	

4

訪問栄養指導をやりたい！

でもどうやって??

訪問栄養指導のニーズはどこにある？

自分の得意分野はなに？

訪問栄養指導を行うためには、
自分に何が足りない？

誰と一緒に仕事をすればいいのか？

5

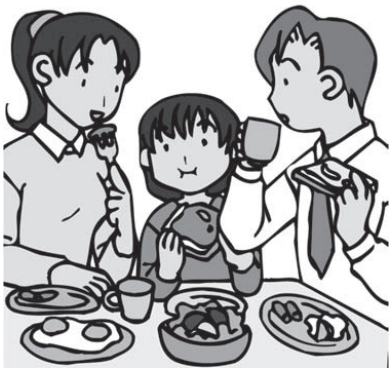
フリーという立場での訪問栄養指導の開始

病院栄養士だった頃の仕事とのギャップ
自分の思いと患者のニーズはあってる？

食という視点を一度おいてみよう･･･

6

ある病院でのボランティア活動

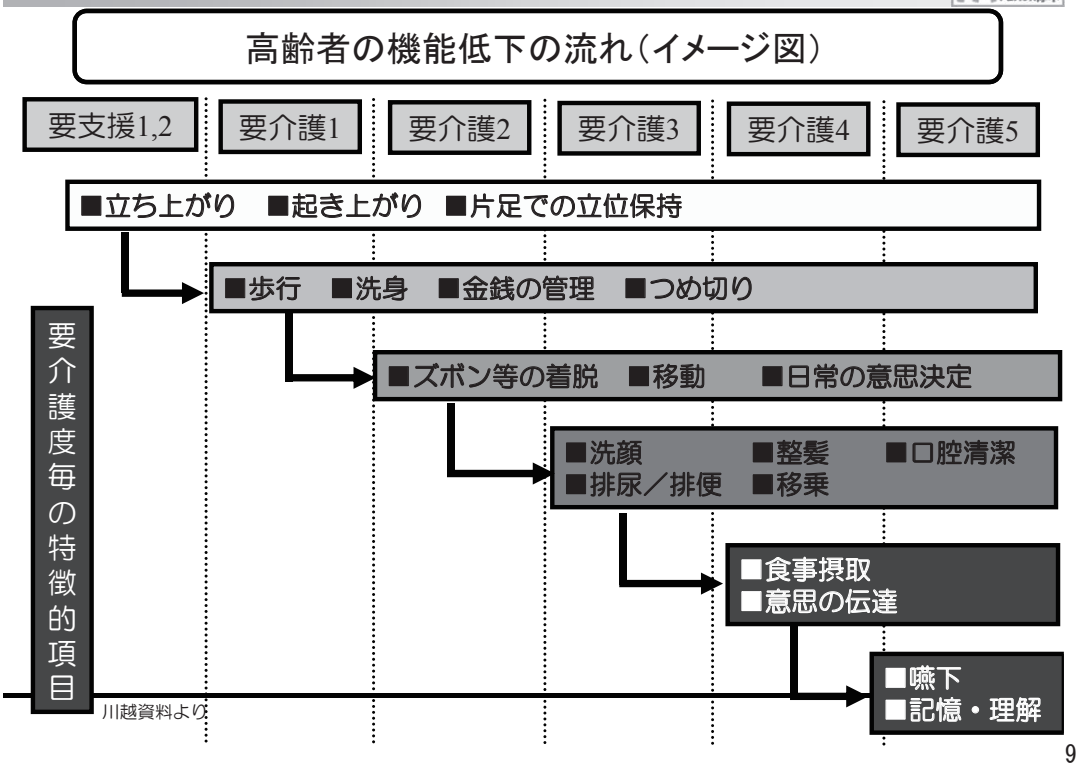


24時間という
『**生活**』の
視点から
食を考える

7

食の援助が必要な在宅療養者は
それ以外にも多くの生活援助を
必要としている

8



9

対象者（利用者）の
全体像（ADLや身体・生活状況）を
把握する

10

食にこだわりすぎない

在宅療養者の生活やケアの優先順位を
客観的にかつ冷静に判断する

11

厚木医師会在宅医療研究会
との出会い

12

地域特性を生かしたNSTを作る！

- 地元医師会や歯科医師会との顔の見える関係
  （厚木医療福祉連絡会）
- 他職種の研修への積極的参加
- 頻繁な他職種への報告・情報交換
  （報告・情報交換＝他職種への栄養教育）
- 病院・施設の窓口となる地域連携室や医事課等の担当者と
  連携を強化（指示書や報告書ルートの確認）
- 栄養士同士のレベルアップと情報交換

情報は待つのではなく、こちらから発信！

13

地域連携を行う上での課題

居宅サービスに関わる職種はそれぞれ別の事業所に所属
（カルテもすぐにはみれない）

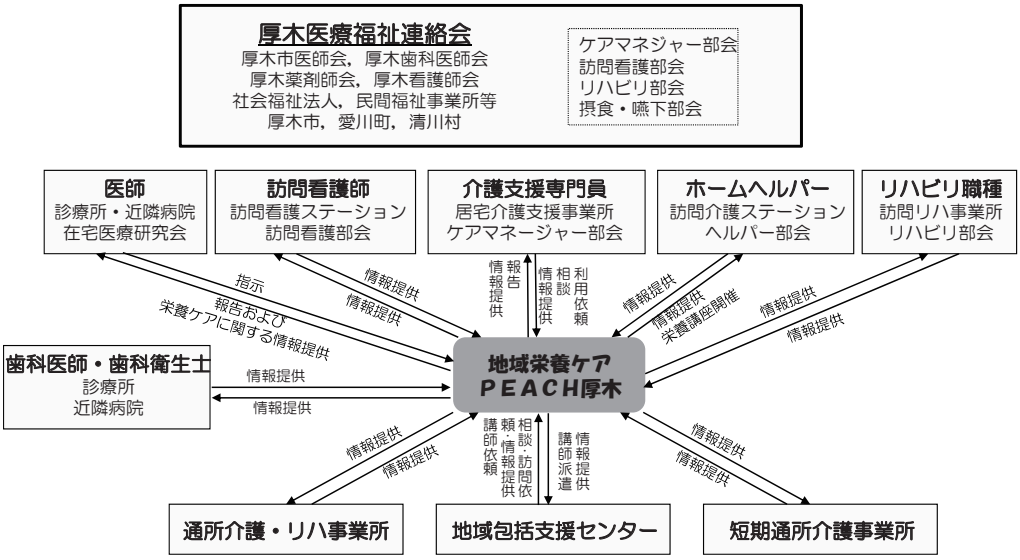
情報交換が容易ではない
自分の考えをいかに相手に知ってもらうか

14

顔のみえる関係作りが大切！

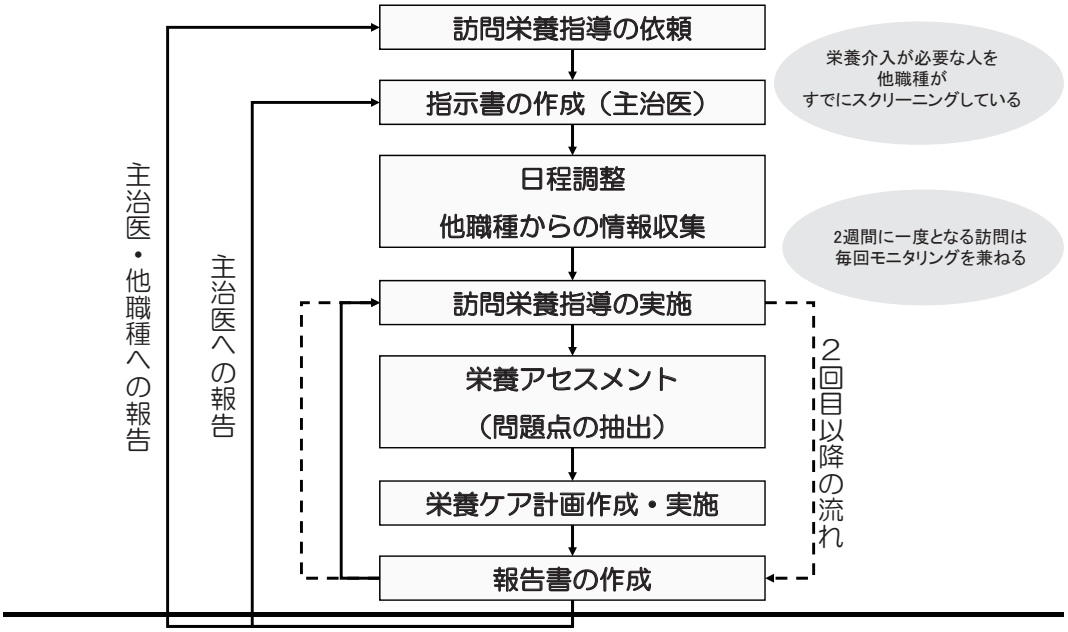
15

地域栄養ケアにおける関連組織および職種



16

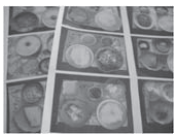
実施手順（訪問栄養指導の流れ）



17

居宅における3つの栄養アセスメント

Tree of home nutritional assessment



□ 栄養アセスメント

（臨床所見、身体計測、生化学検査、食事摂取量調査、生活環境、心理状態）

□ 摂食・嚥下機能アセスメント

（口腔機能、麻痺の有無、高次脳機能、
摂食姿勢、食物形態、一口量、食具、食事介助の有無、食事時間、むせの有無）

□ 食生活アセスメント

（食材購入,調理,配膳,喫食,後片付け,ごみ出し,食環境衛生状況,経済力）

18

居宅におけるアセスメントツール

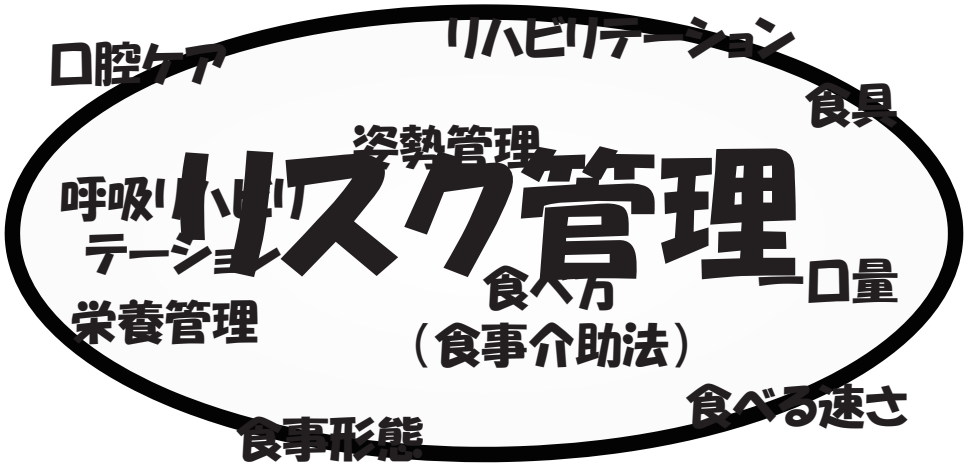
栄養スクリーニング/アセスメントシート

摂食・嚥下機能評価シート

江頭他;JOURNAL OF THE JAPAN DIETETIC ASSOCIATION Vol52.NO10 2009

19

「口から食べる」アプローチ



20

在宅摂食・嚥下障害者の栄養管理の課題

1．栄養状態を良好に保つ
- 食事の栄養バランスが悪くなる
- 摂取量が減少する
- 水分摂取が不足する
  →特に胃瘻から経口摂取への移行時に注意・・

2．誤嚥を防ぐ安全な食事を提供する
- 本人の機能以上の食形態が進んでしまう
- 飲みこみやすいものとそうでないものの理解が難しい
- 食材の選択、調理が難しい
- とろみ剤を使ってもらえない
- 誤嚥を怖がり、食形態が進まない・・

3．食環境を整える
- 口腔ケアが十分できない
- 姿勢が整えられない
- 一口量が多い、食べるペースが速い
- むせを我慢してしまう
- 見守り・介助ができない・・

21

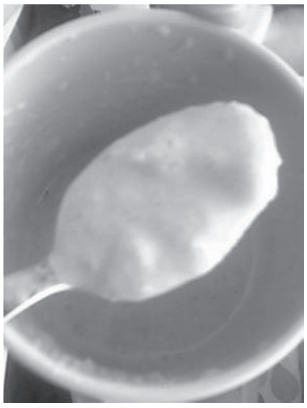
適切な栄養補給？

22

栄養補給には、必要に応じて市販食品の活用

23

誤嚥を防ぐ安全な食事？



24

適切な食環境？

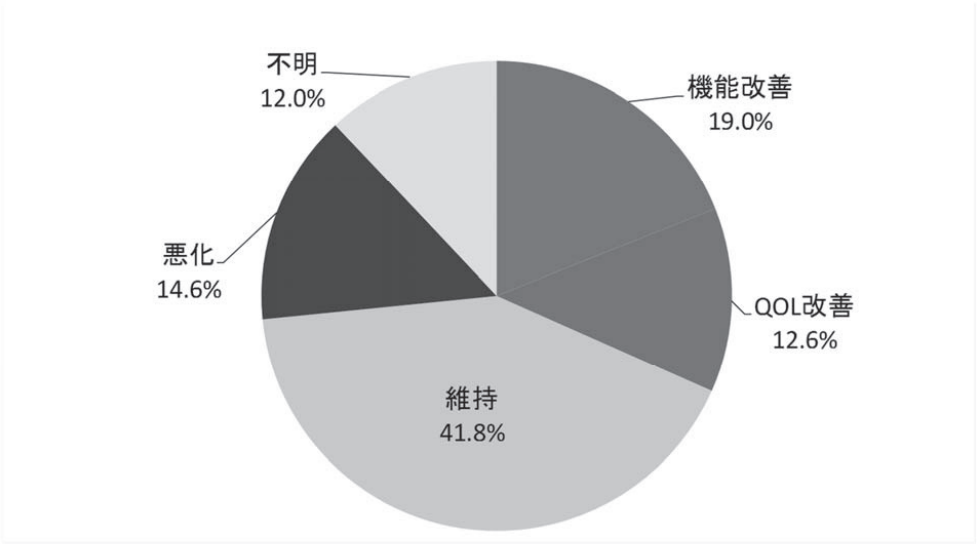
25

在宅栄養ケアに影響する環境・心理因子
（介護する側の問題）

26

摂食・嚥下障害者の介入後の転帰

N=158



江頭他;JOURNAL OF THE JAPAN DIETETIC ASSOCIATION Vol52.NO10 2009

27

在宅摂食・嚥下障害者への介入目的別分類

予防型	加齢による嚥下機能低下．食べ方の注意や口腔ケア時に間接訓練的介入を行うことで改善可能なタイプ．
機能向上型	脳血管障害など原疾患による嚥下機能障害がある．積極的な嚥下訓練を行うことで、機能改善するタイプ．
機能維持型	摂食・嚥下障害または中度以上の機能低下があり、今後著しい改善は期待できないが、訓練を行うことで現在の摂食・嚥下機能を維持できるタイプ．
リスク軽減型	誤嚥性肺炎の既往があり、肺炎にならないことを目的に訓練を行うタイプ．
終末型	終末期において、最後までおいしく口から食べられるように介入するタイプ．

2000江頭

28

医療や福祉の専門家が
常にそばにいるわけではない

しかし一方で、在宅ケアは、
究極の個別対応ができる環境がある

29

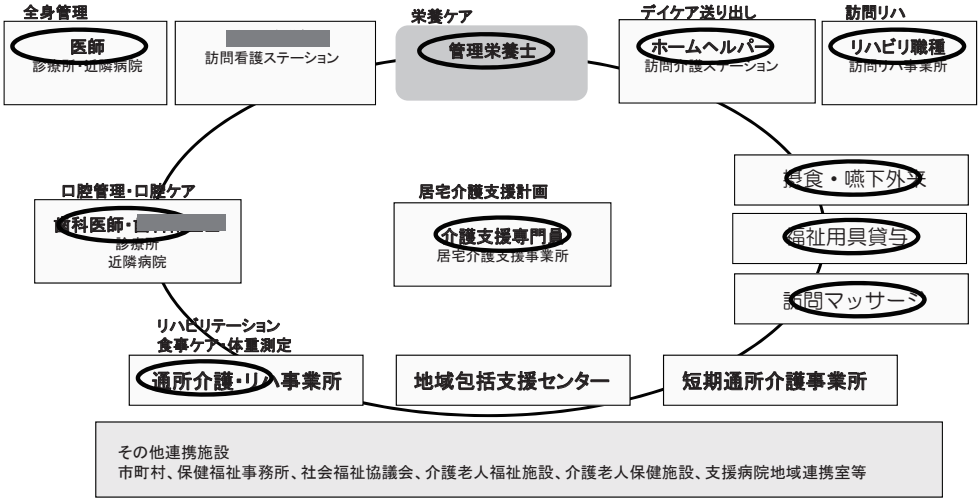
Sさん　69歳　男性　脳梗塞

　脳梗塞発症、再発を得て、急性期病院では救命され、嚥下リハビリにより1日2回のゼリー食摂取となる。
しかし、転院先のリハビリテーション病院では、経口摂取が叶わず、在宅療養生活にて、再度経口摂取に向けた嚥下訓練にチャレンジとなる

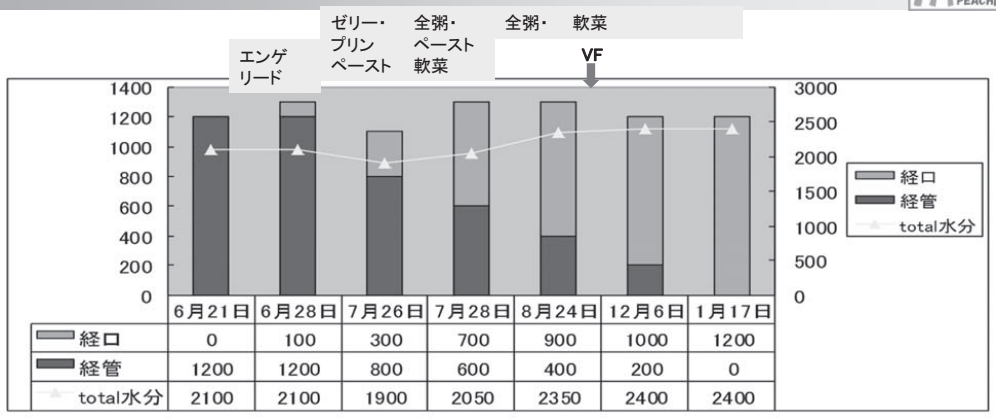
初回時の栄養補給状況：
胃瘻1200kcal＋経口摂取なし

30

Sさんに関わる職種及びサービス



31



栄養補給：リカバリーSOY(食品)からラコール(医薬品)へ
注入時間短縮を目的に、半固形化栄養により、栄養投与を調整
半年後、胃瘻抜去後を想定して、完全経口栄養にむけていく
食形態のアップとともに、**どのように普段のメニューに落とし込むか**
10月中旬には、市販軟菜商品を試している
また朝食も経口摂取するようになり、以前の朝食内容が課題となる
経口摂取：嚥下と呼吸の協調運動を観察しながら、**食形態を検討**
エンゲリードからプリン→ペースト、全粥→軟菜へと移行していく
嚥下評価：食べたい気持ちと、疲労による反射の遅れなどをみながら、評価
当初は咽頭残留感あり、唾液の粘性も高い
継続的な嚥下リハビリテーション
咳嗽力の改善（当初から「むせる」ことを目標に関わる）

32

在宅で管理栄養士が行う食の支援

- 個々の身体及び生活状況に対応している
- 誤嚥や窒息なく安全であること
- 簡単であること
- おいしいこと

＊食事は生活に密着している。
だからこそ継続できる支援を行う必要がある

33

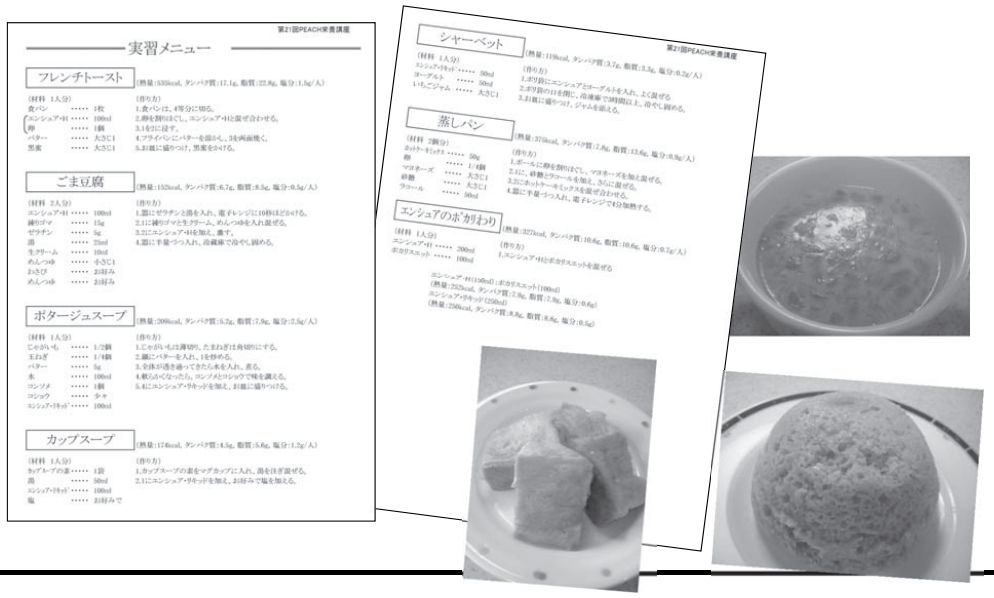
短時間！手抜き！のひと工夫

1. 電子レンジの利用
2. まとめて作って冷凍保存
3. お手軽調理の技
4. レトルト食品や加工食品など市販食品の活用
5. パッククッキング（家庭版真空調理法）の活用

江頭文江：「在宅生活を支える！これからの新しい嚥下食レシピ」三輪書店より

34

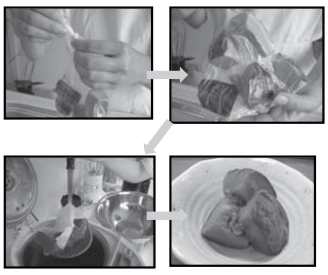
濃厚流動食の活用



35

『パッククッキング』ってなに？

食材をポリ袋に入れて電気ポットで加熱調理する調理法です
別称：家庭版真空調理法



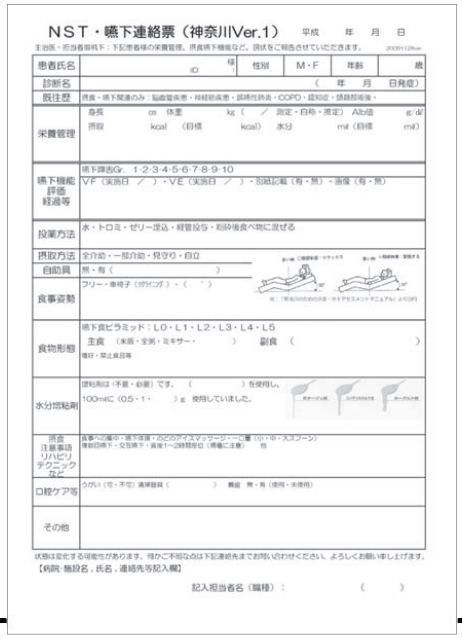
＊電気ポットは容量に合わせて1/3の水を入れます。
3リットルの電気ポットなら水は1リットルです。
＊ポリ袋(「高密度ポリエチレン製」「食品包装用」の無地でマチのないもの)を使います。
＊1袋に入れる量は1～2人分を目安にします。
＊ポリ袋に食材を入れて中の空気をしっかり抜きます。
＊加熱すると袋がふくらむので、入り口の方でしっかりと結び、中の
食材を均一に広げます。
＊1台の電気ポットに入れるパックの数は、3パックまでです。
3リットルの電気ポットでは600gまでが目安です。
まずは1パックからやってみましょう。
＊出し入れの際はやけどに注意しましょう。

36

神奈川県における地域連携の取り組み
～神奈川摂食・嚥下リハビリテーション研究会～

37

NST・嚥下連絡票



NST・嚥下連絡票（神奈川Ver.1）　平成　年　月　日

患者氏名	ID　様	性別	M・F	年齢　歳
診断名		（　年　月　日発症）		
既往歴	摂食・嚥下関連のみ：脳血管疾患・神経筋疾患・誤嚥性肺炎・COPD・認知症・頭頸部癌後・			
栄養管理	身長　cm　体重　kg（　／　測定・自称・推定）　Alb値　g/dl 摂取　kcal（目標　kcal）　水分　ml（目標　ml）			
嚥下機能評価経過等	嚥下障害Gr.　1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 VF（実施日　／　）・VE（実施日　／　）・別紙記載（有・無）・画像（有・無）			
投薬方法	水・トロミ・ゼリー摂取・経管投与・粉砕後食べ物に混ぜる			
摂取方法	全介助・一部介助・見守り・自立			
自助具	無・有（　）			
食事姿勢	フリー・車椅子（ﾘｸﾗｲﾆﾝｸﾞ）・（　）			
食物形態	嚥下食ピラミッド：L0・L1・L2・L3・L4・L5 主食　（米飯・全粥・ミキサー・　）　副食　（　） 禁止・禁止食品等			
水分問題箱	増粘剤は（不要・必要）です。（　）を使用し、 100mlに（0.5・1・　）g　使用していました。			
摂食注意事項リハビリテクニックなど	食事への声掛け・嚥下技法・のどのアイスマッサージ・一口量（小・中・大スプーン） 複数回嚥下・交互嚥下・食後1～2時間座位（誤嚥に注意）　他			
口腔ケア等	うがい（可・不可）義歯装着（　）　義歯　無・有（使用・未使用）			
その他				

状態は変化する可能性があります。何かご不明な点は下記連絡先までお問い合わせください。よろしくお願い申し上げます。
【病院・施設名，氏名，連絡先等記入欄】

記入担当者名（職種）：　（　）

NST・嚥下連絡票（神奈川Ver.1）　読み方マニュアル

摂食の嚥下障害グレードについて

Ⅰ：重症（経口不可）	1	嚥下困難または不能　嚥下訓練適応なし
	2	基礎的嚥下訓練のみ行っている
	3	厳密な条件下の摂食訓練レベル
Ⅱ：中等症（経口と補助栄養）	4	楽しみとしての摂食を行っている
	5	一部（1～2食）経口摂取と補助栄養
	6	3食経口摂取と補助栄養
Ⅲ：軽症（経口のみ）	7	嚥下食で、3食とも経口摂取
	8	特別に嚥下しにくい食品を除き、3食経口摂取
	9	常食の経口摂取可能。臨床的観察と指導を行っている
Ⅳ：正常	10	まったく問題なく常食摂取

嚥下機能評価について
VF（嚥下造影検査）：レントゲン透視下で嚥下の様子を見ます
VE（嚥下内視鏡検査）：鼻からのファイバー下で嚥下の様子を見ます
その他、スクリーニング検査、食事場面観察などがあります。

食事姿勢について
30度リクライニング位では解剖学的に気管が上、食道が下になるため誤嚥しにくいといわれています。
ただし、枕をしっかり入れて、頭部前屈位にすることが重要です。

嚥下食ピラミッドについて

リハビリテーションテクニックについて
一口量（スプーンの大きさ）：一回で口に入れる量は少量から開始し、徐々に増やす

複数回嚥下：おまけのごっくん（一口につき2～3回嚥下と一緒に嚥下）
をすることで咽頭残留を除去

交互嚥下：お粥→ゼリー→お粥など、異なった食べ物を交互に嚥下することで
咽頭残留を除去

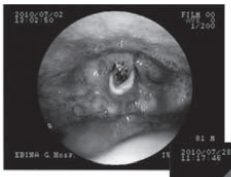
のどのアイスマッサージ：凍った綿棒に少量の水をつけて、嚥下反射誘発部位をさわり
嚥下反射を誘発させる

神奈川摂食・嚥下リハビリテーション研究会

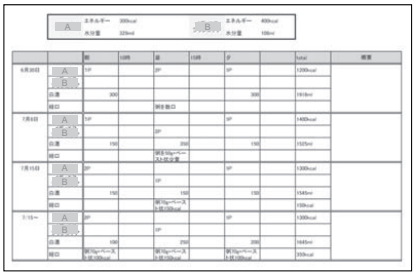
38

Iさん　70歳　男性
既往歴：肺がん、前立腺がん
閉塞性動脈硬化症
急性肺炎で入院。退院後より介入

2010.7.2



2010.7.28



39

訪問栄養指導で心がけている8か条

1. 栄養アセスメントや摂食・嚥下機能評価は、在宅環境を把握したうえで行い、必要な栄養量や食事形態などを助言・決定する
2. 具体的な介入方法は、環境や精神的因子が優先される
   生活全体をみて、優先順位を決める
3. 10のプランがあっても、介入できるのは1つか2つと限られる
4. 成功事例は他職種と共有する！
   できるだけ他職種を巻き込んだ方ができることは増える
5. 情報はできるだけ『見える化』する
6. よい結果ばかりを期待しない
   改善よりも維持が大切！
7. 再度、やってはいけない最低ラインを引く
8. 頑張りすぎる介護者への情報の出し方に注意する

40

栄養管理
（栄養評価、経管栄養、栄養補助食品の利用など）

調理指導

口腔ケア

いかにトータルでの支援ができるか

食事や口腔ケアの食べ方の指導
（食事介助法）

姿勢の調整

栄養管理

トータルケア

間接訓練的アプローチ

ヘルパー指導

41

いつでも、どこでも、どんな人でも食べることを楽しみたい！

厚木市広報平成21年11月1日号より

42

居宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの実際と管理栄養士の居宅栄養ケア・マネジメント： 管理栄養士の居宅栄養ケアマネジメントとチーム活動の実践

地域栄養ケア PEACH 厚木　江頭文江

1.　最初に、縁あって、私はこの東日本大震災による被災地である石巻市や気仙沼市に入り、支援活動に関わらせていただきました。いずれの地域も、従来から病院における医療は確立されていましたが、地域の在宅高齢者を対象とした医療や介護の仕組みは十分でないなか、今回の大震災がおこり、災害後復興に向けた支援では課題が山積していました。

もともと、地域に栄養ケアチームの仕組みがなければ、さまざまな問題に対応することはできず、非常に困難な状況に陥ってしまいます。そこで感じたことは、災害時に機能できるために、通常時からの仕組づくりが必要であるということです。これは、病院、施設、在宅をつなぐ、すなわち地域の医療保健福祉の専門職を「つなげる」地域づくりが重要になります。私のキーワードは「居宅」とそして「チーム活動」です。前半に私の活動をご紹介させていただきながら、どのように在宅高齢者を対象とした栄養ケアチームの仕組みづくりをしてきたのか、その経過もご紹介したいと思っています。

2.　私は、地域栄養ケア PEACH 厚木において居宅栄養ケア・マネジメントを展開しています。PEACH は、Perfect Eating and Comfortable Health の頭文字で、最適な食環境と快適な生活をめざして～と訳します。事業理念は、「医療・福祉機関との連携を重要視し、疾病の予防・治療に関わる地域住民に適切な栄養管理を提供する」ということであり、事業を立ち上げてからもう 12 年になります。

3-4.　活動のイメージとしては、訪問看護ステーションの管理栄養士版という感じです。事務所にはキッチンサロンと事務スペースがあって、料理教室もやっています。主な事業は、訪問栄養指導、外来栄養指導、離乳食などの集団栄養指導、ほかに福祉施設に対する栄養ケア・マネジメントサポートや保育園での食育活動、研修会などの企画・運営など地域啓蒙活動になります。診療所での外来指導、離乳食指導では、管理栄養士の雇用のない診療所を対象に行っています。現在の訪問延べ件数は月約 70 人、約 120 件です。平成 21 年度の新規利用者 40 名のうち、依頼時の介護度 4、5 の方が 6 割近くを占めており、介護度が重度の方が多いといえます。その主病名は脳血管疾患が約 4 割、次いで糖尿病や認知症、神経疾患、呼吸器疾患であり、依頼内容は摂食・嚥下障害が約 7 割を占めます。実際の依頼は、活動開始当初は医師からの依頼が 7 割を占めていましたが、3 年後には、介護支援専門員からの依頼が約 9 割になりました。これは、医師からの依頼が減ったということではなく、個々の事例による情報共有からより地域に根付いてきていると考えてよいかと思います。

5-6.　さて、訪問栄養指導を始めたいと思った時に、どんなことを考えますか？まずどんなことをし

たらいいでしょうか。私は、まず自分の地域を知る、ということが大切だと思います。そして、1）訪問栄養指導のニーズはどこにあるだろうか、ということを探り、同時に、自分の得意分野や逆に自分に何が足りないかを考えるとよいと思います。私の得意分野は、摂食・嚥下障害への食事支援、栄養ケアだと思いました。しかし、一方で訪問栄養指導を行うためには、病院時代で培った栄養管理や食形態の知識やスキルだけでは足りず、他職種のもつ視点を身につけ、食生活をトータルでみることや、在宅での食生活やその人の人生そのものに全人的に関わっていくためのスキルは不足していると感じました。そんなふうに振り返りをしながら、自分の得意分野や強みを生かせるようなアプローチ方法を考え、そして、地域での仕組づくりをしていく時に誰と一緒に仕事をすればいいか、と考えました。私はまず「医師」と仕事をすることを選択しました。訪問栄養指導を行うには、必ず医師の指示が必要となります。だからこそ、医師の理解が必要だと考えたのです。

7.　訪問栄養指導を開始して、ひとりふたりと訪問させていただくことができましたが、自分の中である迷いが生じてきました。自分の思いやアプローチと患者さんのニーズは合っているかということでした。そこで、またじっくり自分に向き合ったとき、病院栄養士時代は、管理栄養士として患者の24 時間の入院生活の中の何時間という一部分の側面しか見ていなかったと改めて気がつきました。もっとその人の生活、その人の身体状況、その人の食に対する思い、いろんなことを上手にキャッチできるようになりたいと思い、一度、「食」という専門的視点を離れて 24 時間という生活の中から、在宅高齢者の「食」について見てみたいと思いました。

8.　ある病院での看護部でのボランティア活動を通し、食の援助が必要な患者は、運動麻痺、感覚障害、高次脳機能障害、コミュニケーション障害等があり、食以外にも多くの生活援助が必要な状態でした。もし、その人の食生活を支えようと思っても、必ずしも本人や家族のニーズの優先順位の 1 位が「食」とは限らず、個々によりさまざまな考え方や人生観があるということも垣間見ることができました。

9-10.　以前、川越先生から頂いた資料からは、要支援から要介護 5 のうち、いわゆる軽度者は立ち上がりや起き上がり、片足での立位、歩行と身体機能の低下がみられるようになります。要介護 3 では排泄の問題が出始め、要介護 4, 5 で初めて摂食動作の問題や嚥下の問題が出てきます。軽度者は比較的食の問題は出てきていませんが、介護度が重くなり、食の問題が出てきたときには、それ以外の身体・精神機能についての問題はすべて抱え持っていることになります。これらを全部受け止めたうえでの栄養ケアでないといけないということです。病院や施設においては、ある程度、専門職間で分担できるかと思いますが、在宅では食事も含めてこの全てを介護者である家族が中心に担うことになります。利用者の ADL や身体・生活状況などをしっかりと受け止めて支援していく必要があります。

11.　そして、管理栄養士だからこそ、「食にこだわりすぎない」ということがとても大事であり、そう

することで、在宅高齢者の生活やケアの優先順位を客観的にかつ冷静的に判断できるのではないかと考えました。

12-13.　このようなとき、あるシンポジウムを機に、厚木医師会の先生方との出会いがありました。このとき、私はこのチャンスを逃さず、何か形に残さなければならないと考えました。幸いにも、厚木では、厚木医師会、歯科医師会、薬剤師会などと社会福祉法人、民間の介護保険事業者、行政（厚木市、愛川町、清川村）などで、厚木医療福祉連絡会が組織され、顔の見える関係ができ始めていました。会の活動は、年１回のあつぎ介護フォーラムとケアマネジャー部会、訪問看護部会、リハビリ部会、摂食・嚥下部会での各部会活動でした。私は摂食・嚥下部会の活動を通し、さまざまな方と知り合うことができました。こうして進めてきた活動が、地域特性を生かした栄養サポートチームを作ることとなり、他職種の研修会に参加したり、積極的に情報交換するなどして、少しずつ顔のみえる関係が出来上がってきました。

14-15.　一方で、具体的に地域連携を行う場合、居宅サービスに関わる事業所は、それぞれ別であり、カルテをすぐに見れたり、検査データもすぐに見れることはできません。うまく相手からも情報を出してもらえるように、こちらから情報を出すことを惜しまず、また自分たちの考えをいかに相手に知ってもらうか、これもとても大切ではないかと思います。

16.　先に述べた厚木医療福祉連絡会の各部会活動は、ケアマネージャー部会と訪問看護部会、リハビリ部会、摂食・嚥下部会と4つであり、摂食・嚥下部会だけが多職種の部会となります。

全国的にみると、地域での摂食・嚥下に関する研究会は、基幹病院の医師やコアメンバーが中心に動いているところがありますが、ここでは地域にある連絡会の中に、摂食・嚥下部会を構え、地域から情報発信している、というところが非常に大きく、病院スタッフだけではなく、施設や在宅関係者、職種も介護職員やケアマネジャーなどの参加がみられています。こういう研修会などの積み重ねが、地域全体のスキルアップにつながっていきます。

17.　訪問栄養指導の実施手順は、その依頼、指示書の作成、日程調整後の訪問栄養指導の実施（アセスメント、栄養ケアプラン）、モニタリング、報告、という流れになります。ここで、在宅に特徴的なのは、栄養介入を必要な人を管理栄養士以外の他職種がスクリーニングするとことで初めて栄養ケアにつながる、ということです。ケアマネジャー、医師、訪問看護師等が、この人には栄養ケアが必要だと認識し、私たちにつないでくれるのです。また、月 2 回という訪問回数からは、訪問時にはその間の経過の把握とともに、モニタリングを兼ねることになります。

18-19.　居宅におけるアセスメントには 3 つあります。ひとつは栄養アセスメント、これはいわゆる管理栄養士の専門的アセスメントです。2 つ目は摂食・嚥下機能のアセスメントです。平均年齢76.1 歳と高齢者が多い中で、「食べること」を適切に支援していくためには、欠かせないアセスメント

です。食事時間に訪問し、食べる場面などをみたりして、評価していきます。3 つ目は、食生活に関するアセスメントです。食材の購入から調理、配膳、喫食、後片付け、ごみ出し、衛生環境状況や経済力などについて把握しておくことは、食に関するニーズを知り、生きた栄養ケアプランを作成するためには、不可欠な情報です。

20.　口から食べるアプローチには、口腔ケアをはじめ、呼吸やリハビリテーション、姿勢、一口量、食具、食形態とさまざまです。これらは、摂食・嚥下障害の方の誤嚥予防だけではなく、誤嚥性肺炎予防のためのリスク管理の一つとしてみています。

21-25.　在宅摂食・嚥下障害者の栄養管理の課題には、栄養状態の問題、食形態の問題、食環境の問題が挙げられています。栄養状態の問題では、病院や施設での食事に比べ、食事の栄養バランスが悪くなる、摂取量が減少する、水分摂取が不足するなどが挙げられます。また、食形態の問題では、本人の機能以上の食形態が進んでしまう、飲みこみやすいものとそうでないものの理解が難しい、食材の選択、調理が難しい、とろみ剤を使ってもらえないなどが挙げられます。食環境の問題では、口腔ケアが十分できていない、適切な姿勢が整えられない、一口量が多い、食べるペースが速い、むせを我慢してしまう、見守り・介助ができないなどの問題があります。

26.　在宅栄養ケアに影響する環境や心理因子には、性別、年齢、理解度、意欲、精神力、介護力、経済力、社会環境などさまざまなものがあり、これらを考えると、在宅生活の中に医療が入り込んでいる、と考えられます。

27.　図は、平成 12 年7月から平成 19 年 6 月まで、7 年間にわたって、摂食・嚥下障害で依頼のあった方の転帰をみたものです。158 名のうち改善したひとが 31.6%、維持が 41.8%、悪化したひと14.6%のほぼ 100%が誤嚥性肺炎で再入院しています。これからも分かるように、在宅支援で大切なのは「維持」であり、現在の状態よりも落とさない、つまり、再入院させない、ということが非常に重要だと考えています。その人の摂食・嚥下機能が改善したわけではないのですが、とろみの使い方や食材の使い方、そして栄養状態も低下しないようにうまく間食との組み合わせができるようになって、何とか在宅生活が維持でき、通所サービスも休まなくなった、発熱もなくなったという事実は大きいものです。在宅での介入目標は、改善だけではなく、いかに悪化させずに維持できるか、ということがとても大切になります。

28.　さらに、在宅の嚥下障害の高齢者に対して、介入目的を予防型、そして機能向上型、機能維持型、リスク軽減型、終末型の 5 つに分類してみます。予防型は、いわゆる介護予防の口腔機能改善、機能予防という段階です。加齢による嚥下機能の低下で、食べ方の注意や口腔ケア等の間接訓練的、いわゆる口腔リハビリテーションという視点で関わることで、現状の課題は解決できます。呼吸リハの視点なども重要であり、機能が落ちてきたら実はむせられなかった、等ということに

ならないように、早期に介入していく必要があります。

また、機能向上型では、脳血管疾患等による摂食・嚥下機能の障害があります。積極的な嚥下訓練を行うことで機能改善するタイプです。在宅での介入で胃瘻を抜去したケースもありますし、胃瘻は残っているけれども、3 食とも経口摂取して、ほとんど胃ろうを使っていないケースもあります。維持型は、ある程度の摂食・嚥下障害がみられますが、今後著しい改善は期待できないけれども訓練や何らかのアプローチをすることで現状の機能を維持できるタイプです。改善が見えない中で栄養ケアを提供する側も利用者さんもモチベーションを保って、常に同じように関わっていくことほど、難しいことはありません。

リスク軽減型では、誤嚥性肺炎の既往があって常に痰がらみもあって吸引も必要で、リスクとしては非常に高いタイプです。そういう人にはしっかりむせられるための栄養、呼吸、口腔ケアの 3 つを中心に介入していきます。

最後に、ターミナル、終末期です。この時期にもいろんなタイプがあり、最後まで美味しく口から食べられるように介入していきます。ここでは、することはなかなか難しいです。ここでも、多職種からの視点を含め、広い視点で介入することが求められます。

29.　在宅ケアでは、常に医療福祉の専門家、専門職が側にいるわけではありませんから、様々な課題がみられます。一方で、介護環境が整っていると個別対応が可能な、非常に素晴らしいケアの場にもなります。介護者が上手に手を抜き、しっかりと1対1でその人のための食事介助、食事の形態を提供することができるため、「究極の個別対応ができる環境」でもあるといえます。

30.　そこで、事例をひとつご紹介したいと思います。69 歳男性の S さんは、脳梗塞を発症して、入院中の再発を経て、急性期の病院では救命されましたが、非常に重度の障害が残ってしまいました。病院では嚥下に関するリハビリテーションもやり、1 日 2 回のゼリー摂取が可能となって転院しましたが、転院先のリハビリテーション病院では、ADL の改善は非常に進みましたが、嚥下に関しての改善がうまく進まずに、3 回の経管栄養（胃瘻）のみでの退院となってしまいました。ご本人やご家族の「どうしても口から食べたい」という強い思いから、退院後に再度嚥下に関連するリハビリテーションを受けたいと介入した事例です。

31.　この S さんに関わったサービスは、主治医、訪問管理栄養士、デイケア、訪問リハビリ、訪問歯科診療、訪問マッサージ、そしてケアマネジャーです。病院の摂食・嚥下外来にも定期的に通い、VF での嚥下機能評価も行いました。当初は経口摂取がゼロでしたが、胃瘻からの栄養管理の調整や嚥下リハとともに、食形態のアップができ、最終的には3 食経口摂取まで進めることができています。

32.　少しずつステップアップしていく経過において、多職種の意見をまとめられるようにと、共通ノートを作って、お互いの情報交換を密にしました。デイケアの相談員や管理栄養士から「こういうもの食べています」「こういう姿勢でこういう条件で食べています」と写真を貼っていただいたり、「何分

かかりました。むせはありました」などの日々の様子を記載していただきました。訪問側の職種も同じように訪問時の情報を具体的に記載しました。月に 2 回の嚥下外来の時にも指示や指導を記載して頂くこともありました。このような連携の積み重ねも、この事例の成功の要因の一つではないかと思います。

33-36.　在宅で管理栄養士が行う栄養ケア・マネジメントでは、個々の身体及び生活状況に対応していること、誤嚥や窒息などなく安全であること、そして食事は簡単に作れるものであること、そして美味しいこと、が大事な条件です。また一方的な支援で、「もう来てくれなくて結構です」と支援を切られないケア、これが第一優先だと考えています。とにかく長続きできる支援を行うことです。「もう結構です」と言われてしまったら、そこからその先、その人をサポートしてあげることはできません。でも、必要だと思ったから依頼をして下さったのですから、やっぱりそれに応えるためにはきちっと終末期までお付き合いできることが居宅栄養ケア・マネジメントだと思っています。

37-38.　神奈川県では、地域連携の取り組みのひとつで、神奈川摂食・嚥下リハビリテーション研究会が立ち上がり、神奈川を 8 地区に分けていろいろな取り組みをしています。私たち厚木市は県央地区となり、この地域での独自の活動と年に 2 回の全体研究大会によって活動しています。その活動の中で NST・嚥下連絡票が作成され、すでに VO.2 も出ています。こちらは、HP などからもダウンロードできますが、こういった連絡票を用いることで、より具体的な支援方法を次の施設に伝えることができます。

39.　実際に、この連絡票を頂いて関わったケースでは、常に唾液の貯留があり、退院後もほとんど口から食べることができなかったものが、3 週間程度の栄養ケアにより、少しずつ唾液の貯留も減り、経口からもお粥やペースト状の食事を食べられるようになりました。現在では胃瘻を抜去し、3 食は完全に普通食を食べられるようになっています。病院から在宅の栄養ケア・マネジメントに繋いでいただけなかったら、この方は現在も胃瘻で、全く食べられずに過ごしていたかもしれないと思うと、病院と連携ができて非常によかったと思います。

40.　訪問栄養指導で心がけている 8 カ条では、次のようなことを挙げています。

1. 栄養アセスメントや摂食・嚥下機能評価は、在宅環境を把握したうえで行い、必要な栄養量や食事形態などを助言・決定する
2. 具体的な介入方法は、環境や精神的因子が優先される、生活全体をみて、優先順位を決める
3. 10 のプランがあっても、介入できるのは 1 つか 2 つと限られる
4. 成功事例は他職種と共有する！できるだけ他職種を巻き込んだ方ができることは増える
5. 情報はできるだけ『見える化』する
6. よい結果ばかりを期待しない、改善よりも維持が大切！
7. 環境に応じて、禁忌事項を再検討する

8.　頑張りすぎる介護者への情報の出し方に注意する

これらを網羅するためには、多職種からの広い視点とスキルが必要になります。

41-42.　最後に、私たちは、「いつでも、どこでも、どんな人でも食べることを楽しみたい」と考えています。写真は、居宅での栄養ケア・マネジメントにより、ミキサー食から普通食にまで改善したＦさん。改善したからといって訪問終了とせず、月 1 回のフォローをしていました。当初 33kg だった体重も 55kg となり、安定した数年を経て、ある熱発を機に少しずつ機能低下が始まり、現在ではまた軟菜やマッシュ状の食形態の工夫により食べられています。在宅での食支援では改善したら終了、ということではなく、月1回でも継続的に関わっていくことで、何か問題が出てきたときに、その課題を早くキャッチし具体的な支援を行うことができるのではないかと思います。そして、これからも地域の多くの出会いを大事にして、この仕事を続けていきたいと考えています。

老人福祉施設に併設する診療所における

地域高齢者の「食べること」を支援するシステム作り

～管理栄養士活動の場作りへの挑戦～

社会福祉法人同胞互助会
愛全診療所･居宅療養管理指導
栄養ケアステーション愛全園
管理栄養士･臨床栄養師　佐藤　悦子

H23年度

1

はじめに

- 訪問系サービスが進んでいる中で訪問栄養は立ち遅れ、これほど進展しない事業も珍しい。実績がないから法も整わず人も増えない。
- ニーズはある。介護支援専門員が必要性を感じても訪問してくれる管理栄養士が存在しない。
- 何がそのようにさせているのか？事業として進まない課題の原因を追求していく必要がある。
- 栄養が介入すれば食のサービスの支流を担うヘルパーサービスの食事作成業務がやりにくいという考えがないとはいえない。

時代は地域高齢者の「食べること」を支援するシステム作りを求めている。数年の地域活動の取り組みの後、地域高齢者の実態を症例に示し、そこから得られた栄養ケアのポイント報告します。

2

愛全診療所
居宅療養管理指導
栄養ケアステーション愛全園

＜事業理念＞
地域に密着したプライマリーケアを目指す診療理念に基づき
医療・福祉・介護・保健が連携して人の暮らし・歴史・人生を全人的に
捉えその人の思い、生きがいを診た上で適切な栄養ケアを提供する

3

診療所における「食べること」を支援する事業の人員配置及び事業届出

＜管理栄養士が行う居宅療養管理指導の届出＞

- 東京都へ事業開始を届ける
  事業所名　場所･電話番号
- 管理者：医師
- 専任管理栄養士：2名（臨床栄養師･病態栄養専門士）
- 登録管理栄養士:3名（ケアマネジメントリーダー）
  ◆栄養ケアステーション愛全園事業も兼務する

＜その他の配置人員＞

- 兼任医療事務：1名
- 研修生：現在7名　　短期2名

4

[1]. 管理栄養士が地域へ進出する切り口

他の専門職種では読みきれない「食べること」から生じる見落とされやすい課題を示し、その改善に向けた取り組が効果をあげ、喜ばれれば、他職種も社会も地域高齢者に対する栄養管理を受け入れられるのではないかと思い
実現へ向けて歩み始めた。

5

1. 私たちの地域(昭島市)の概要

人口:113733人　　65歳以上人口:23496人
高齢化率:20.7%
地域支援事業　介護予防対象高齢者:19882人
要支援者・要介護者:3828人(16. 5%)　自立者83. 5%

地域ネットワーク:介護保険事業所全体の連絡会

地域包括支援センター:ブランチ制　3箇所

特別養護老人ホーム:　4箇所
養護老人ホーム:　2箇所
介護老人保健施設:　3箇所
有料老人ホーム:　4箇所

通所事業所　13箇所
通所リハビリテーション　7箇所

平成22年度版　6

2．「食べること」の支援を地域還元事業と位置づける法人の沿革･概要

理念：老いの装い支援業

法人事業概要

特養１１０人　**養護**１４０名　　ショート２０人

通所（一般１５名･介護予防２０名･認知症対応型通所２４名）

居宅介護支援センター　　地域包括支援センター

ヘルパーほほえみ　　訪問入浴くつろぎ

ふれあい食事サービス

愛全診療所

◆高地の事業所には管理栄養士、栄養士が専属で配属されている

7

3．診療所における「食べること」を支援する事業

1）訪問栄養相談

2）地域の拠点としての栄養ケアステーション

3）地域ネットワーク参加と地域連携の推進

4）ふれあい食事サービス

　病態食、機能対応食の宅配弁当

5）訪問栄養同行研修

　地域栄養として上記1）2）3）4）研修

8

1）.訪問栄養相談

①居宅療養管理指導（介護保険事業）：1回5300円
②保険対象外訪問栄養指導：1回訪問1000円
（栄養ケアステーション事業）
③昭島市の委託事業：1回訪問5000円
二次介護予防訪問栄養相談
（引きこもり者対象）
④退院後自宅療養が終り自立となった利用者の
食の確保や治療食のアドバイザー：1回1000円

9

2）. 地域の拠点としての栄養ケアステーション

①地域活動：楽夢食
（昭島市高齢福祉課、ボランティア、食品業者が協力）

②楽夢食地域フォーラム
・医療・栄養・運動・歯科・食品業者の
ワンポイントレッスン
・介護予防運動実習
・介護食・嚥下食お料理披露と試食会

◆楽夢食　◆楽夢食地域フォーラム

この地域活動には地域の管理栄養士が活動員として、又、ボランティアをして参加する。

実際にここから地域へ発信していくきっかけをつかんで実践に移している。地域で助け合える輪作りが大切

元気を作る[楽夢食]健康フェスティバル2011

この活動は、地域に溶け込み、元気でいることの大切さを広げていく活動です。
2010年は、夢のある食事を求めて「楽夢食」と名付け、地域の方と一緒に活動しました。
今年は、医療、歯科、栄養、運動、福祉全般について学びましょう。

◆医療・歯科・栄養・運動などのお話を聞いたり、身近な相談が出来ます。
◆常々疑問に思っていること…**聞いてみましょう!!　見てみましょう!!**
◆試食会・実演会‥‥栄養強化食品はなぜ必要になるの？：食べてみましょう。

開催日：10月29日（土）
場所：松原会館

テーマ：いつまでも若々しくあるための健康管理
～アンチエイジングへの挑戦～

試食コーナー

悩みをぶつけて下さい

医療

漢方ってほんとにきくの？
聞いて得するお話！
（医師:蓮村幸兌）

栄養

時間栄養学のお話：私の哲学
★タイミング良く食べると
身体に大変うれしい！
鎌倉女子大学教授
（管理栄養士：市原幸文）

リハビリ

遊びながらできる運動
健康
健康
健康
他

お口

お口が健康であれば
おいしく食べられますよ
（歯科医師：生駒俊介）
口の健康3要素は歯・唾液・筋肉

地域包括支援センターは、
皆様の為にこのように動いています。
気軽にご相談ください。

相談

地域住民による催し物
一緒に体を動かしてみましょう
聞き事落語・ダンス

運営：地域活動「楽夢食」実行委員会

協賛：(株)ビーブランド・メディコーデンタル(株)大塚製薬工場：(株)キューピー（株)ヘルシーフード（株)クリニコ
(株)味の素

昭島市・昭島市歯科医師会・昭島市老人連合会・社会福祉法人同胞互助会・地域ボランティアのご協力のもと開催

11

「楽夢食」フェスティバル 2010

昭島市市長
ご登場
花を添えた

身体を
動かしましょう

12

3）地域ネットワーク参加と 地域連携の推進

①地域に向けた取り組み

(1)食育

・介護者教室（栄養）：地域包括支援センター依頼

・地域高齢者栄養研修：昭島市老人クラブ連合会依頼

(2)近隣の管理栄養士（栄養士）と協働して行う「楽夢食」

ボランティアとして参加：病院・老人福祉施設・行政

②専門部会に向けた研修（栄養の基礎知識と事例検討）

・昭島市ネットワーク：ヘルパー研修及び実習

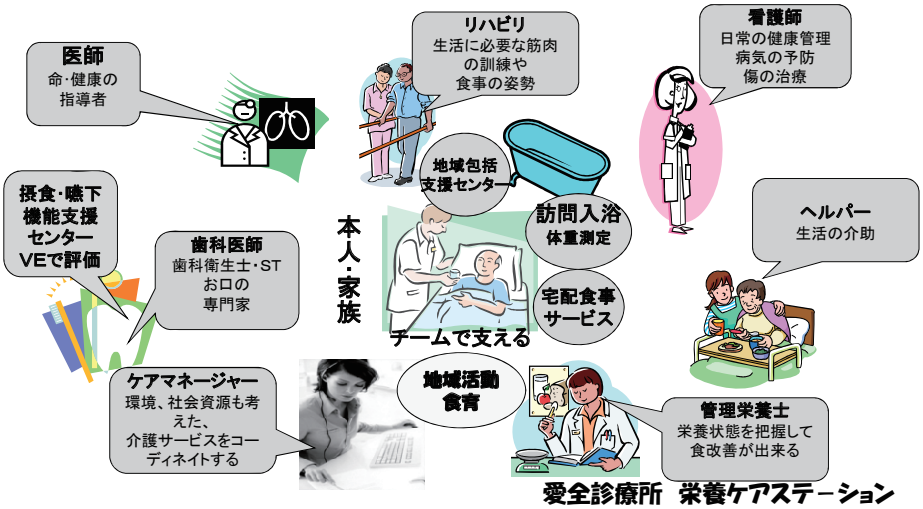
（昭島市事業者連盟）：多職種及びケアマネ研修

③他市（あきる野市）食支援活動・相談会へ参加

地域ネットワーク（介護保険事業所連絡会）に参加して顔を覚えてもらう

13

地域連携の推進連携：管理栄養士が介入すればできる



◆チームケア：連携の要ができれば成功する

（全職種に栄養ケアプラン・経過報告書・評価報告書・栄養ケア提案書を届けている）

◆ケアマネージャーの熱意、アンテナ、習熟度でも左右される

14

4）ふれあい食事サービス お弁当アラカルト

5）訪問栄養同行研修

～3ヶ月研修後独立して1件受け持つ～

①研修の目標

・地域栄養ケアの必要性を理解すること

・多職種と協力体制を作れること（多職種協働）

・対象者の抱える諸問題や生活･生き方に寄り添う支援ができ、効果が上がるケアを目指すこと

②研修内容

・一連の栄養ケアの文書管理が出来ること

・栄養ケアプランに沿って栄養提案書、報告書、評価を的確に行い連携が出来ること

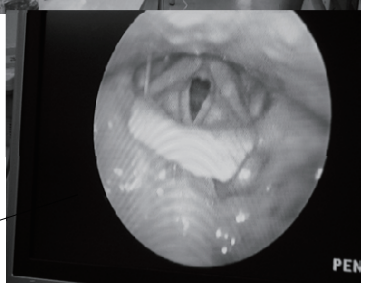
・対象者のおかれた環境の中で対象者にとって具体的に納得のいく効果の上がる食べ方への食改善が出来ること

16

ある日の研修風景

研修生による
身体測定

楽夢食
お料理演習



内視鏡
研修

[2][管理栄養士]も地域へ進出していかねばならない

何から始めればよいの？

～実現に向けての邁進の振り返り～

18

思いの実現へ向けて

- 措置制度の社会福祉施設の利用者が食事に求める第一は、「皆と同じものが食べたい」だった。
- 食事の目標を、身体的･精神的にどのような状況に置かれても「栄養管理のされた個々に対応する適切な食事」と位置づけ、施設の食事改革に踏み出した。
- そのパイオニア精神が医食同源を掲げる医師の協力をよび、協働して高齢者療養食、身体機能別食形態を作り上げ、結果として管理栄養士の地位確立が出来た。
- 施設の高齢者食に比べて地域住民の「食の貧困」の現実に触れ、地域へ高齢者の「食べること」の支援システム構築への取り組みを始めた。

19

1．施設での個別栄養の取り組み

1）個々人の需要に合わせた食形態の確立

①プレ鼻腔食

②アシスト食

③治療食

④嚥下食　　脱水の対応（OS1の利用）

⑤低栄養対応食

・安心ふりかけ　・濃縮野菜スープ

・高カロリーミルクプリン

2）栄養教室とお料理クラブ（大学生ボランティア協働）

20

2. 訪問栄養へ繋がる地域活動への展開

平成11年：長寿社会開発センターの補助金で
「高齢者イキイキライフ事業」
平成13年：国の事業「食の自立支援事業」
食のサポートセンターとして実施
食事サービス開始（東京馬主協会補助金）
平成18年：独立行政法人福祉医療機構の補助金で
「地域高齢者の食の支援事業」
平成19年：居宅療養管理指導の認可及び準備
食のサポートセンターを栄養ケアステーション
愛全園へ名称変更
平成20年：**居宅療養管理指導**業務開始
地域活動食育 **「楽夢食」**開始
平成21年：介護予防・第2次予防**訪問栄養業務**委託

21

「3」訪問栄養相談の実際

1. 訪問栄養の依頼
2. 事前訪問 ①訪問時の心得②スクリーニング
③アセスメント
3. 医師にもらう指示書及び栄養介入提案書
4. 多職種からの栄養ケアプランの承認
5. 栄養介入
6. 経過結果報告
7. 再プラン

22

1．訪問栄養の依頼と期待

依頼元	対象者	人数（%）	期待事項
地域包括支援センター	生活習慣病　3名 二次予防事業　2名	5名 （15%）	動機付け 効果
介護支援専門事業所（ケアマネージャー）	低栄養　3名 認知病態食　6名 認知嚥下障害　2名 病態食管理　3名	14名 （43%）	食の確保
診療所 （医師）	終末医療　2名 摂食機能障害　1名 病態食管理　2名 難病　3名	8名 （24%）	栄養評価 **点滴のタイミング**
歯科診療所 （歯科医師）	嚥下機能障害　4名 経口移行訓練　2名	6名 （18%）	**摂食機能訓練** **口から食べる**

23

2．事前訪問－1

①訪問の際の心得

(1)利用者・家族の心の中に入り込んで自分の言っていることを聞く

- **医師や看護師さんへ言えないことも管理栄養士には話してくれる。相手の思いを読み取ったサービス人たること･･･聞く耳**
- **「いかに生きるか」「いかに死ぬか」生活や生き方に関わる人生そのものを扱うことを認識すること･･･心からの微笑みとほめのポイント**
- **不安が見えたら駆けつける**

(2)快食･快便・快眠・快感が基本、できることはする

- **便を出し、姿勢を整え、覚醒させて詰まらせないように楽しく食べる**
- **話を良く聴き、意見は差し控え、良く考えて返事をすることと、プロとして引けないことは分かりやすくその人に応じた言葉で説明する。（医師との連携大切）**

(3)事業所の看板を背負って訪問している。品位を保つ

- **菌を持ち込まない、うつさない･･･手洗いの励行**
- **身だしなみ、立ち振る舞い、言葉遣い**
- **立ち入りすぎないエチケット**

2．事前訪問－2

②スクリーニング･･･表配布

- ･身長･体重･BMI･血清アルブミン値
- ･食事摂取量（第1，2，3段階調査）
- ･栄養補給法･栄養面や食生活上の問題からの低栄養のおそれ
- ･低栄養関連事項･食生活と意欲（第1段階調査）

③アセスメント･･･表配布

- ･データー･課題･原因･兆候症状･評価目標･栄養介入
- ･3ヵ月後の報告

25

カテゴリー	小項目	データー23年8月9日	課題	原因	兆候・症状	評価目標	栄養介入事項
身体状況	**身体状況** 生活機能	**左足をひこづってある く。認知能力？**	身体機能が不十分				
	身体機能	**薬**：血圧･むくみラシックス、アルダクトンでコントロールされている					
	（身体計測） 身長	**162cm？？？**					
	体重	66kg	体重が問題のある増え方をしている	体に油の残る食べ方をしている	澱粉と糖質、油、タンパク質でお腹を満たしている		
	腹囲	98cm					
	BMI	**25.1･･･むくみは見られない**	医師：国家公務員共済組合連合会立川病院 内科：川崎慎太郎先生 錦町4－2－22 042－523－3131				
	体重増･減	10月58kg10ヶ月で8kg14%問題あり･･･食べ方が食べられるパンなどをお腹が一杯になるまで食べている					
	血圧	130/60～70　　122/60					
	足首	20，5					
	ふくらはぎ　甲	33cm　　22．5cm					
	病状履歴 既往歴	右陳旧性被殻出血（脳出血）　腎機能低下　高血圧　肝細胞癌　C型肝炎	腎機能低下が著しいが食の手立てがされていない	クレアチニン、尿素窒素、尿酸値が高いステージ3･4のところ	肝がんの手術をされており、顔色が土色。発病の危険性はないのか		
	（薬） 家族歴						
	糖尿業						
	循環器業						
	誰にどこで						
	（栄養指導歴）	病院理解できず諦めている	衛生問題あり	食中毒の危機管理弁当屋さんは責任を取らない	弁当を暑い中3時間放置している		
食事関連事項	**必要栄養量** ｴﾈﾙｷﾞｰ　Kcal						
	たんぱく質　g						
	水分　ml						
	塩分　g						
	食べた栄養量 ｴﾈﾙｷﾞｰ	果物、シュウマイ、餃子、サンドイッチ、菓子パン、ラーメンなどでお腹を満たし必要エネルギー量の10%強を摂り続けている。	エネルギーだけをとり過ぎている	体重が10ヶ月で8kg増えている	500kcalの弁当のほか餃子やラーメン、パンの惣菜を食べている		
	たんぱく質						
	水分						
	塩分						
	その他	医師の療養食の指示					
	食事摂取環境						
	その他						
	食事作成の知識及び技術						

26

＜長期目標＞　訪問サービスを受けながら健康維持を行い
自立した生活がしたい。
＜短期目標＞　咀嚼・嚥下障害のある方の食事内容、調理方法、食形態について学習することによって少しでも全身の栄養状況を良くして食改善に挑戦したい。

課題	栄養ケアプラン	評価目標
①咀嚼困難、飲み込み困難などの口腔機能障害がある ②小食であり体重も減少傾向にある ③まぶたが重いまぶたが開かない状況で食事がされている	①身体状況（食事は椅子に座って取れる）などの維持のため、全身状態、栄養状態をよりよく保持する ②医師の指示量と現給与量の差を把握し、体重減少を食い止める。 ③覚醒されて状態に食事を行うことを励行し、血液検査結果などで栄養状態の改善度を知り、効率のよい食べ方などの食育を行う。	1）低栄養の改善度 2）食形態（ソフト食）の適応度 3）調理法の幅の増減 1）体重チェックで効果を確認 2）指示量と給与量の差で食べ方の良否を判断 1）陽がある昼食を充実させる 2）健康状況チェックで現れる改善度 3）食事チェックで目標に近づいた効果の有無

27

栄養実態報告書

- 水分供与状況
- 摂取栄養素量報告
- 食生活状況と改善案
- 評価報告書

参考資料：栄養提案書

28

［4］居宅栄養ケアメネジメントが受け入れられ継続していくために

～訪問栄養は対象者・家族に寄り添った独特なもの～

特殊性を捉えた手法を生み出すこと

- 地域高齢者の多岐多様に亘るニーズをしっかり捉え、
- 役立てる効果が見える栄養介入が出来れば継続できる
- 志を持つ管理栄養士が研鑽すれば誰でもできるようにポイント・ヒント集が必要である

29

栄養介入ニーズと【期待】

1. 介護予防の生活習慣病改善
   【動機付け効果】
2. 認知症高齢者・不十分な介護
   【食の確保】
3. 栄養評価
   【点滴のタイミング】
   【健康の指標】
4. 摂食・嚥下機能障害 【口から食べる食形態提案】
   【危機管理を含めた摂食・嚥下チームの一員として協働できる】
5. 重篤な療養食治療効果の上がる食べ方
   【動機付け効果と食生活環境を加味した食改善への導き】

30

１．地域高齢者の症例から見えるニーズ

（１）低栄養問題
①高齢になれば食は細って当たり前という考えが低栄養を招く（症例１）
②寝たきりで褥瘡を作り、与えられたものを食べ、ただ、生きながらえることから高齢者を守ろう（症例２）
（２）認知症利用者の問題
①食材を見ても料理が作れない食の確保のできない認知症高齢者（症例３）
（３）医療連携問題
①医療連携ができず命を落としてしまう高齢者（症例４）
②変形な食生活で寝たきりを作ってしまう（症例５）
（４）難病及び認知症の病態食（療養食・特別食）問題
①チームで取り組む弧発性脊椎小脳変性症（症例６）
②人工透析にならないためのチーム連携（症例７）
（５）外来栄養指導は受けても効果をあげられない（症例８）

31

（症例１） 本人も家族も気付かないまま２・３年で４０Kgあった体重が２０Kg代なってしまった

女性　93歳　要介護3 （低栄養）心筋梗塞・うつ・息子夫婦と同居

①朝食を高齢者一人で食べている　：息子夫婦が出かけてゆっくり食べる

②昼食は一人でちょっと口にするだけ：作り置きの料理には手をつけない

③夕食は家族団欒で進む：朝、昼の食事が粗末になってしまうことなど考えない。

＜栄養ケアマネジメントのヒント＞

◆高齢になれば食が細くなって当たり前の考えが低栄養を招く

◆食が細くなったら、対象者が納得する栄養補助食品を必要

32

（症例2）十分な食事が無くても、寝かせっきりでも家族と住める喜びがある

女性　89歳　要介護4　（低栄養）　褥瘡　息子夫婦、孫と同居
身長140cm　介入時体重24kg　BMI12.2（3年前40kg・現在26kg）

- **隔週でショートステイ利用**

・座位を保ち、
・食事は自力で完食

- **自宅療養の状況**

・朝食と夕食：おにぎりと牛乳のみ
・昼食：ヘルパーサービスによる
はんぺん入り温かいそば

＜栄養ケアマネジメントのヒント＞

◆寝たきりで褥瘡を作り、与えられたものを食べ、ただ、生きながらえることから高齢者を守ろう
◆食が命をつなぐ大切なことをチームで協力して家族の意識を変容させることが必要
◆訪問チームが同じ土俵で食事にこだわらないケアもある

33

（症例3）食材を見ても料理が浮かばない（低栄養）

認知症が始まった独居高齢者　女性87歳　要介護4　独居　認知症

◆離れて暮らす子供には理解できない（認知症独居高齢者のぎりぎりの生活）

①ヘルパー作成の食事を冷蔵庫から取り出して食べていなかった

②宅配サービスの食事がキザミ食だったために料理と認識せず食べなかった

＜栄養ケアマネジメントのヒント＞：チームで情報の共有を
◆一人で食べている状況を観察し、認知症の生活全体を捉える
◆認知症の食の確保が命を左右することを肝に銘ずる

34

（症例4）肺ガン手術成功　退院後、誤嚥性肺炎で亡くなった（嚥下困難）

男性　73歳　要介護3
身長155Cm　体重35Kg
BMI　14．6
妻と娘と同居

①21年11月　肺ガンの大手術後の退院時指導で
「食べられる物は何でも良い」といわれ、家族は訪問介護サービスを選び、シチューや　ゼリー、トロミをつけた水分をあたえた。
②栄養介入前に窒息での死亡の悲報を聞いた
③家族はどのような状況下でも口からたべさせたい願望がある。

＜栄養ケアマネジメントのヒント＞
- ◆管理栄養士は食のリーダー、命の危機管理を怠らず、誤嚥や窒息の危険性を真剣に伝えること
- ◆むせない誤嚥の恐ろしさを食事介助スタッフに説明責任を持つこと
- ◆ケアマネージャーと協力して摂食･嚥下機能評価医（医師･歯科医師）につなぎ積極的にチームケアを進めること
- ◆食の責任者として摂食･嚥下障害へのプロ意識を持とう

35

（症例5）偏った食事の継続による低栄養
～妻と娘夫婦の2世帯住宅～　男性　74歳　要介護4　（低栄養）

①脳梗塞後遺症で麻痺が残り、すべてに責任を感じ、家族に迷惑をかけたくない気持ちが強く手で食べられる物しか受けず、褥瘡を作るほど偏った食事が継続し習慣化してしまった

朝食のメニュー	＜日中独居＞ 昼食のメニュー	夕食のメニュー
レトルト卵いりおじや 南瓜煮つけ	カステラパン 牛乳	カステラパン 牛乳 柔らかい果物の缶詰め

②介護生活が長期に及び頑固な夫に辟易している妻がいる

③コミュニケーションの取れない難事例で仙人のように生きる

＜栄養ケアマネジメントのヒント＞：役割を持つこと

◆介護者のつらさを理解した上で、医師に高栄養流動食の処方をしてもらい、多職種と同時訪問を行い、へこたれず改善への道を見つけること　36

（症例6）難病：共に戦う 身体障害進行を遅らせるために

男性　57歳　要介護3　妻と同居

弧発性脊椎小脳変性症（20年10月発症）

＜全訪問チームで支える難病＞

①お尻歩き、握力低下、口腔機能低下などある中でさらに病状が悪化するか分からない不安と戦う

②いつか造設する胃ろうを受け入れながら、全身状態をベストに保ち進行を遅らせる

③介助なしには食べられない食環境で出来ることの食改善

＜栄養ケアマネジメントのヒント＞

◆医療チーム：栄養剤処方、薬管理、全身状態管理、排尿・排便管理

◆リハビリチーム：移動・移乗・立位・歩行・排尿・排便自立訓練

◆栄養チーム：栄養剤の提案、飲料水の提案、献立の工夫の提案、全効果の評価

37

（症例7）認知症高齢者：人工透析にならないように

男性　79歳　要介護1　独居

①動機付けが難しく介護度でサービスが限定される

②命に関わる治療食の重大さが理解できず、医師の言葉を都合の良いように受け取る

③自覚症状の少ない腎疾患、注意事項を余計なお世話と感じる

＜栄養ケアマネジメントのヒント＞

◆医療チーム：病気の説明、薬管理、全身状態管理、排尿・排便管理

◆リハビリチーム：移動・移乗・立位・歩行・排尿・排便自立訓練

◆栄養・食事チーム：食べ物と体の変化の関係の説明、飲料水の提案、献立の提案、

（ヘルパーと協働）　買い物提案、調理法の提案、全効果の評価、

38

（症例8）治療効果をあげるためのより沿った指導

外来栄養指導を受けても効果が現れない

女性　75歳　自立　独居　　糖尿病性腎症

①効果を期待した現実的な治療食の工夫を求める

②医療機関での栄養指導が個人の生活に見合った解釈が出来ていない

（管理栄養士の説明は理解できるが、実際に実施すると迷う）

③調理作成（煮物は小鍋一つ、買い物単位の材料の使い方、おいしく出来る減塩食の作り方）になると不安を感じる

＜栄養ケアマネジメントのヒント＞

◆励ましと励ます効果を表すデーターの整理と説明

◆透析にならないための運動と食事療法及び身体状況の関係の説明

◆栄養・食事チーム：一般のおいしい料理をおいしい減たんぱく、減塩への工夫の仕方を提案し実調理による効果を（本人・調理補助・管理栄養士と協働）

39

2．地域高齢者の実態から見えるニーズ

1）地域高齢者の実態

①地域高齢者の食の課題を知る

②地域高齢者の食環境を知る

③認知症で独居の地域高齢者を知る

④義歯が合わない、摂食・嚥下機能障害がある地域高齢者を知る

40

① 地域高齢者の食の課題を知る

＜高齢者の思い＞

- 死ぬまで家族と一緒の食事（一般の食事）がしたい
- 歯がなくても、義歯が合わなくても食事形態を変えず、硬いものをはずす
- 麻痺があり送り込みが不全でも、ゴックンに難があってもトロミ剤の使用は嫌
- 重篤な病態が潜んでいても好きなものを好きなように食べたい

＜思いのまま進む食事の結果＞

- 食べられるものが限定してくる（低栄養予備軍）
- 限られた材料で、細かく刻んだ軟らかい食事にする
- 極端にペースト状の食事を嫌い、むせ込み咳き込み、気管進入があり微熱を出す
- ガン、脳梗塞、心筋梗塞、透析の結末の実態は理解するが自分には忍び寄らないと思う

41

② 地域高齢者の食環境を知る

＜高齢者の生活環境＞

- 家族と同居でも一人で食事をしている場合が多い
- 日中、一人が多い
- 麻痺で寝たきりになっても日中、ヘルパーサービスを受けながら一人で過ごす方が多い

＜その結果＞

- 量的不足が生じ体重減少を見る（低栄養予備軍）
- ベッド上生活になってしまう
- 極端に偏った食べ物になってしまい、その状況が長期に続く

42

③ 認知症で独居の地域高齢者を知る

＜出来ていたこと＞

- 食事を何にしようかなど一人で食べることができていた
- 日中一人が多い、作り置きの料理を電子レンジで温められない
- 家族に認知症の始まっていることが理解されにくい

＜出来なくなってしまう＞

- ヘルパー作成の料理を毎日の生活で何を食べて生活していたか分からない（献立が浮かばない）
- 食べていない状況が生まれる
- 刻んだものが食事として認知できないため、極端に偏った食べ物になってしまい、その状況が長期に続く

43

④ 義歯が合わない、摂食･嚥下機能障害のある地域高齢者を知る

＜家族の認識＞

- **あくまでトロミ剤を使用したくない**
- **家族と同じ食事をさせたい気持ちがむせ込んでも咳き込んでも栄養が取れないと思い食べさせてしまう**
- **むせ込みのない誤嚥の恐ろしさが理解できないばかりか口に食べ物が残っていても食べさせてしまう**

＜その結果＞

- 食事が気管へ進入する（誤嚥のはじまり）
- 微熱がではじめ、誤嚥性肺炎予備軍が作られる
- のどに詰まってしまい始めてうろたえ、入院加療になってしまう

44

2）実態に見合った学びのポイント

①食環境を考えた効果の上がる食べ方の提案法
②インスタント食品、惣菜、弁当などの組み合わせ方
③ヘルパーさんとの協働による認知症の食の確保の提案法
④治療食に対して医師への食の提案法や自宅で治療食を実施している方に対して、治療食の効果を評価でき食べ方のアドバイス法
⑤地域におけるターミナルの栄養介入法

◆ニーズにあわせた栄養ケアのマニュアルが必要である
現在、症例ごとに実績を積み上げた記録を整理している途中である

45

管理栄養士の業務の値段

- 愛全診療所･居宅療養管理指導
  対象者：要支援･要介護者の食支援相談
  自費徴収金：1回530円　月2回まで
- 栄養ケアステーヨン愛全園
  ①訪問栄養相談
  1）特定高齢者で自宅訪問の必要な方
  自費徴収金：1回250円　月2回まで
  2）上記より外れた場合で自宅訪問の必要な方
  自由契約：1回1000円
  ②地域住民向け食育：薬夢食活動
  調理実習食材費徴収　300円程度

46

おわりに

・健康な在宅高齢者も実際は、認知状況や身体機能障害で食の準備が不十分で食の確保ができない場合がある。
・摂食･嚥下機能障害や独居、日中独居により、貧困な食になりがちでする。
・食べていればよいという単純な考えを見直し、早期から予防のための食育が必要です。
そのためにも居宅療養管理の推進が必須である。
・地域高齢者の「食べること」への支援、地域が求めている現状を受け止め地域進出への努力が必要です。
・一人では不可能なことも地域の管理栄養士のネッワークが進出のきっかけになるかもしれない。
あきらめずチャレンジしてほしい。

47

１．10 年前から管理栄養士は在宅に進出しなければならないと考えていた。私は病院の管理栄養士を 23 年、施設の管理栄養士を 20 数年経験し、現在も在宅訪問栄養士として継続している。その間、貴重な経験として、法人内の通所サービス、訪問入浴、訪問給食等の機能を有する在宅センター長を 7 年間勤めた。その体験の中から在宅訪問栄養相談はなくてはならないことを察知し、まず、自分が実践しなければいけないと、法人の診療所に居宅療養管理指導を開設するところまでこぎつけられた。現在、管理栄養士２名、登録管理栄養士 2 名と同行訪問研修生を含めて 10 数名で訪問栄養相談を展開している。

２．地域高齢者の食の支援は、これまで介護支援専門員、看護師、理学療法士、ヘルパー職が担ってきた。その中に管理栄養士の姿はごくわずかであり、訪問系サービスには管理栄養士の実績がない。管理栄養士による居宅療養管理指導は立ち遅れて進展しない。実績がないから人材も増えない現状が続いている。仮に訪問栄養相談が仲間入りできたとして、継続するためには、管理栄養士に何が出来、管理栄養士によって何が変わるかが重要な課題である。介護支援専門員が管理栄養士の必要性を感じても、地域に在宅訪問栄養相談を担う管理栄養士がいない。知人の介護支援専門員が嘆いていた。退院する脳梗塞患者の妻のために、嚥下食の作り方が分からない家事を賄う夫が病院の管理栄養士に嚥下食の質問をしたところ、病院はレトルト食を使っているからと指導らしい答えは無く、経験のあるヘルパー職に指導を受けたという現実があったことを話していた。

管理栄養士による訪問事業がなぜ進まないのか、原因の追及が必要だ。介護保険開始以来、ヘルパー職が担っている食の支援の中に管理栄養士が入っていくことは、難しい問題が皆無とは言い切れない。しかし、患者のことを考えれば、栄養の専門職が入った地域高齢者の「食べること」を支援するシステムづくりが求められている。

３，４，５．現在、私は、愛全診療所に所属し、居宅療養管理指導と栄養ステーションという形で、プライマリケアを目標に掲げている診療方針に従い訪問栄養相談を主に行っている。その診療所は、現在、常勤医師と非常勤の医者が４人、訪問専任の管理栄養士２名（臨床栄養師と病態栄養専門士の資格取得者）がいる。その上に登録管理栄養士制を導入している。そして、請求事務や経理を担当している事務員と管理栄養士の研修生で業務をこなしている。管理栄養士が、他の職種では見落とされ易くなかなか気付かない食べることに関連した課題を把握し、その改善に向けての取り組みが効果をあげ、高齢者、家族や関連職種に喜んでもらえれば、この事業は続くという信念で業務遂行している。

６．昭島市全域と三多摩地区の一部、国分寺からあきる野市までの総人口 70 万人位の地域を主に 2 名の管理栄養士でみている。事業所のある昭島市は人口 11 万、高齢化率 20.7 パーセント、その中で、特定検診、後期高齢者の検診での栄養相談が前後期で全 100 名程度、しかし、管理栄養士による栄養相談につながったのは 10 名であった。

７．法人は、在宅高齢者への「食べること」の支援を地域還元事業として位置付け、特養併設ショートステイ 20 名、通所サービス（一般 15 名、介護予防 20 名、認知症対応型通所 24 名）約 60 名が利用している。ふれあい食事サービスは、年間で 100 万円の赤字覚悟で法人の地域還元事業と位置づけ、昼 100 食、夜 40 食、機能対応別食や病態食を提供している。在宅高齢者の「食べること」を支援する事業を、給食管理部門とは別に診療所に在宅部門として置いている。

８．診療所における「食べること」を支援する５つの事業は、１）訪問栄養相談、２）地域拠点としての栄養ケアステーション、地域ネットワーク参加と地域連携の推進、４）ふれあい食事サービス（病態、機能対応食の宅配弁当）、５）訪問栄養同行研修：地域栄養として上記１－４）の研修である。

９．訪問栄養相談は、在宅の要支援・要介護者を対象とした管理栄養士による居宅療養管理指導と介護保険対象外の在宅高齢者へ１回訪問に対し 1000 円の自費で栄養相談を実施している。また、昭島市からの委託事業として二次予防の訪問型介護予防　栄養改善サービス（１回 5000 円）を受けている。さらに、入院後療養後の退院患者に対する食の確保や治療食の相談を１回 1,000 円で実施している。

１０．地域の拠点として、栄養ケアステーションの地域活動「楽夢食」を実施している。地域の方に手紙で参加を呼び掛けて年に５回実施し、１回は福祉会館への出張、4 回はデイサービスセンターでの「楽夢食」提供活動である。

１１．１２「楽夢食」の健康フェスティバルの概要である。医療、栄養、運動、リハビリテーション、歯科等の講義も行っている。この活動には、地域の管理栄養士がボランティアとして参加し、地域への情報発信や地域で助け合える輪づくりの源になっている。

　また、参加の講師も全てボランティアである。今年は、漢方の話や鎌倉女子大学教授による時間栄養、食べ方の順序、歯科の講師による、口腔体操であった。地域住民による催しものでは、カントリーダンスや落語によってにぎわい、企業による食品サンプルも集まり、市長から挨拶も頂いた。

１３．そして、地域ネットワークへの参加と地域連携の推進である。地域活動や各事業所が集まって活動を進める地域のネットワークである昭島市の介護保険事業所連絡協議会は、デイサービスセンターなどの個人事業主もすべて会員となりすでに活動している。この連絡会において管理栄養士による訪問栄養相談の PR を行っている。また、地域包括支援センターからの介護教室の依頼があった時は、ボランティアとして応じている。地域活動には、地域の管理栄養士、病院や福祉の管理栄養士・栄養士、介護支援専門員も参加してい

ることから、介護支援専門員から個別のコンサルテーションも頼まれることがある。

１４．地域連携のチームに管理栄養士が入っていけば、こんなことができるということを示せる。食べることの支援には各専門職種も関心があり、各職種がプライドを持って仕事を分担することが出来る。私は、チームを担う全ての専門職に栄養ケアプランや報告書、評価報告など栄養ケア全般の書類を送るように心がけている。連携法はサービス担当者会議で手渡すか郵送で行うが、往復封書を入れておき返信が来るようにしている。食べることを支援するためのチーム連携は管理栄養士が発信することで可能になると考えている。難しい事項の連携でなく食べることを支援する連携だからこそ、チームの全員が一つの土俵に乗れると思う。

１５．ふれあい食事サービスは、平成 11 年に始まった。長寿社会開発センターからの補助金をいただいて、職員食堂を厨房にし、保温食器を導入し、昼と夜、月曜日から土曜日まで、祭日も食事サービスを行っている。正月の３日間お休みをするだけで、病態別、機能対応別に食事の提供を行っている。

１６．１７訪問栄養同行研修を行っている。研修生は、日本健康・栄養システム学会臨床栄養師研修生が殆どであるが、私が平成 12 年に立ちあげた在宅チーム医療栄養管理研究会の管理栄養士の方々も数名居る。新たな訪問栄養展開の場として、調剤薬局が管理栄養士を雇って薬剤師と一緒に訪問する時代になってきている。それから、歯科の訪問歯科診療や歯科衛生士の訪問にも管理栄養士の同行依頼があり訪問する機会が増えている。
訪問栄養同行研修においては、一連の文書管理ができること、栄養ケアプランに沿って、栄養提案書、報告書、評価が的確にできることを目標に研修している。研修期間は、３カ月から６カ月で終了する。その後は、私の監督下で独立して全部の業務を行っていく実践研修の場にしている。この間に医師による内視鏡検査実施に立会い映像を見ながら説明を受ける研修や介護食、嚥下食の研修も同時に行っている。

１８．管理栄養士が地域へ進出し在宅高齢者の栄養ケアを推進するためには、研修を受けて在宅へ訪問してみたいと思うことである。希望がない、依頼がないから行けない、院長から行けといわれないから行けない、こんなことでは死ぬまでいけない。自分から勝ち取っていくのが進出して行くということである。

１９．「思いを現実に向けて」ということだが、私が病院から福祉施設移動した平成元年、利用者の希望は、「みんなと同じものが食べたい」というささやかな要望であった。しかし、残飯が多ことを検索すると、各利用者の口腔・嚥下機能に見合った食形態ではないことに気がついた。利用者には、身体的、精神的にどのような状況に置かれても栄養管理のされ

た個々に対応できる適切な食事の提供が必要である。そのことを訴えて食事改善に取り組んだ。なりふり構わず大騒ぎして食事改善に取り組んでいる現状を医師に理解していただき、医師が仲間になってくれた。１人では何もできない。本当に協力してくれる人、実行していることを理解してくれる職場の仲間を作ることが改善への近道であることを体得した。地域活動を行うようになって、施設高齢者に比べて地域高齢者の「食の貧困」を目の当たりにし現実として捉えることが出来た。

２０．平成元年には、施設において５つの食形態を確立した。プレ鼻腔食とは、キザミ食をミキサーにかけ、1 品ずつ鍋にとって 8 分程練り上げるとカスタード状になる。そこに、粉の栄養剤を入れて、エネルギーが 1,200 キロカロリー、たんぱく質が 45g の微量栄養素も経腸栄養剤と同じように調整した食事で、普通の食事の半分量の食事である。アシスト食は、食べたくない、食べられないという人たちの食欲を回復するために、ベットサイドに日参して食べたいものを提供し、食べたいものを食べてもらうことで次第に普通の食事に戻す効果が期待できる食事である。次においしい病態食を目指し導入した。嚥下食＝ミキサー食だった時代に、トロミをつけたり、ソフト食を作ったりしながら改善した。また、経口補水液を利用した脱水の対応や低栄養状態の対応食には、安心ふりかけや濃縮野菜ジュース、高カロリーミルクプリンなど定番料理を取り入れた。濃厚野菜スープは 30 種類の野菜を３時間ぐらい煮た後、さましてミキサーにかけ、レトルトパックして常に使用できるように保存し、毎日低栄養対応食として３時のおやつとして提供している。低栄養状態の利用者の高カロリーミルクプリンは、赤ちゃんの粉ミルクで作っている。

２１．平成 11 年には、長寿社会開発センターの補助金を２年間いただいた「高齢者イキイキライフ事業がボランティア活動としていまだに残っている。平成 １２年度に介護保険制度が始まり、国の事業に「食の自立支援事業」があった。平成１３年に昭島市の推薦を受けて東京都の支援を得、食のサポートセンターとして訪問員と在宅の調査などを行った。平成１８年には栄養ケア・マネジメントが病院や通所にも開始され、「食の自立支援事業」は廃止された。その後、昭島市の市長の推薦もあり一年間は独立行政法人の福祉医療機構の補助金で、地域高齢者の食の支援事業、訪問栄養などを推進し栄養ケアステーションの土台を作った。平成 19 年には居宅療養管理指導が法人の理事会に承認され、東京都の許可を受け実施にこぎつけた。

２３．訪問栄養相談は、近所の医師が主治医として指導書、指示書を書いてくれる。依頼元は地域包括支援センターからは利用者の動機付けを、介護支援専門員からは、放っておくと死に及ぶ方の食の確保を、診療所の医師からは患者への点滴のタイミングを知りたいので栄養状態の評価がほしいと依頼される。現在は、歯科診療所の歯科医師、訪問歯科診療の歯科医師からの依頼がある。

２４．事前訪問の心得である。これは佐藤流って言ってもよいが、よその家に伺い話を進める仕事である。利用者や家族の心の中に入り込んで自分を見る手法、バリデーション手法を取り入れている。利用者や家族が話に乗った時は時間をかけ、嫌がっているなと思ったらさっさと 30 分で引き上げる。利用者は医者や看護師に話せないことも、管理栄養士には話してくれる時がある。相手の思いを読み取ったサービスの提供を行う。いかに生きるか、いかに死ぬかっていうことが大事である。管理栄養士は生活や生き方にかかわる人生そのものを扱う仕事であることをよく認識する。心からのほほえみと心から褒めてあげることを心がけている。不安の電話連絡を感じ取れれば、いつでも飛んでいく、顔を見に来たと飛んでいく。もちろんお金にはならないが真意は伝わる。快食、快便、快眠、快感が基本理念である。利用者の話をよく聞き、意見は差し控え、よく考えて返事をする。そしてプロとしてその人に分かる言葉で説明をする。肝心なことは、事業所の看板をしょって訪問しているという心構えを忘れないこと。何が事故の原因になるか分からない。危機管理意識を持ち何かあったらすぐ事業所に連絡を行うこと。事業所との連携も大切なことである。訪問時は、品位を保ち、菌を持ち込まない・持ち出さない・うつさないことを鉄則として手洗の励行、身だしなみ、立ち振る舞い、嫌な言葉を使わない、そして、立ち入り過ぎないエチケットが大切なことを忘れないことである。

２５．２６．スクリーニング及びアセスメント項目の詳細は、お示しするとおりである。アセスメントにおける問題は全部モニタリングする。アセスメントの課題は、経験があれば利用者の様子を見ただけで把握できるが、他の専門職と連携や説明に役立たせるため、、どんな課題か、この課題に対してはどんな原因があるのか、どんな症状や兆候があるのか記録している。必ず評価目標を立て栄養ケアプランを実施していくという過程を踏んで栄養ケアプランを作成しておけば、介護職や介護支援専門員などからの質問には、こういう理由で課題となったことを説明し納得してもらうことができる。

２７．栄養ケアプランには、長期目標、短期目標、課題、栄養ケアプラン、評価目標を記載している。評価目標に向けて栄養ケアを提供する。

２８．結果報告は、この評価目標に従って誰でも分かるように書く。実態報告書の中には水分給与状況、出て行った水分、脱水状況を把握する視点でみていく。摂取栄養量は、医師の指示と、摂取量にどのぐらい隔たりがあるかを報告する。そのあとはその人の環境が大切である。調理器具もないような食環境の人もいるので、その人にあった食環境や食生活状況と改善案、栄養提案食を提案する。また、３カ月おきに評価して報告をしている。

２９．居宅療養管理指導が受け入れられ、継続をしていくためには、対象者や家族に寄り添った独特なものが条件になる。利用者の特殊性を捉えた手法を生み出すことが大切であ

る。地域高齢者の多岐多様にわたるニーズをしっかり捉えて、役立てる効果が見える栄養介入が求められる。志を持つ管理栄養士が担えば、利用者・家族がヒントをくれ、患者が栄養ケアプランを導いてくれる。だから、今は何も知らなくてもやってみようという気があれば誰でもできる。ただし、先駆者は、資料やデーター等参考となる実績から情報を得ていかなければいけない。私は、これからも様々な経験や作成した資料のまとめを行い、後進の管理栄養士に伝えていきたいと思っている。ネット研修などを考えているが、在宅を回っている人たちの輪を作り、データーの積み上げが必須と感じている。思いがけない食環境の方への栄養介入が多く、悩みながらの栄養・食支援である。皆さんとの意見を交換していくところから始めたい。

３０．栄養会議とニュースは先ほど解説したとおりである。

３１．地域高齢者の症例から見えるニーズについてである。症例は、低栄養問題、認知症利用者の問題、医療連携問題、難病及び認知症の病態に対応した治療食、特別食の問題、外来栄養指導を受けても効果があげられない事例などである。どこがどう悪いのか教えてほしいという代表的な症例について簡単に説明する。

３２．症例１．宅高齢者は家族と一緒のものが食べたいと思っているが、家族は朝ご飯をあわただしく食べて、すぐ外に出かける。高齢者は、家族と住んでいても朝ご飯は家族が外出してから一人で食べ、お昼は用意してくれたものを食べる、ところが一口二口食べるとお腹いっぱいになる。夜は家族が帰ってきて一緒にご飯を食べるので、家族は低栄養状態や食べていないことがわからない。そのような状況が 10 年も続くと 20kg 位体重減少をきたし、癌じゃないかとあわてるが、結果的には食べていないことで起きてくる低栄養状態である。在宅高齢者の低栄養状態は、家族も気づかず、本人も気づかない場合が多い。もちろんヘルパー職も気づかないことがある。高齢者の食の細りは当たり前という考えが、低栄養を招いてしまう。食べたものを見て低栄養を感じ取れる職種はそうは居ない。管理栄養士しか気付かない場合があり、管理栄養士の出番と思う。食が細くなったら栄養補助食の利用が必要であるし、食が細くなったら低栄養のリスクが高まることを本人、家族はもとより関連専門職が共通に理解していくことが必要である。

３３．症例２は、十分な食事がなくても、寝かせっきりでも、家族と住める喜びがあるという症例である。家族は忙しい、息子が介護し、嫁は全然タッチしない。息子は会社に行く前に、おにぎりと牛乳を食べさせ、お昼はヘルパー職が来て食事を作ってくれて、はんぺん入の蕎麦を食べ続け、夜もおにぎりと牛乳で３年間過ごした。ネグレストを懸念した介護支援専門員から私につながった。この症例は、ネグレクトではなく、まったく食事についての知識がないためであった。

３４．症例３．認知症の症例。良妻賢母の女性で料理が大得意であった。私にも料理を教えてくれていたが次第に食べ物を認識できなくなり、食べていない状況になってしまい急に体重が減ってきた。介護支援専門員が嚥下障害を考慮して良かれと思い宅配弁当を刻み食に変更した。しかし、キザミ食を食事と認識できなかった。その後も認知症が進行し、冷蔵庫から食べ物を引き出せないような事態にもなった。食事を用意しても食べる時の支援が無い場合、食事をしないで居る場合があることを訴えている症例である。

３５．症例４．肺ガンの手術が成功し、何でも食べたいものは食べさせていいといわれた症例である。サービス前の事前訪問時、ヘルパーが食事を食べさせていた。喉がゴロゴロゴロヒーヒーとなっていたがヘルパーがどんどん口に運んでいた。確認すると退院時指導においてなんでも食べたいものを食べさせていいと云われたと言う。家族は怖いので食事介助はヘルパーに頼んでいると言う。しかし、その後、何時間もしないうちに亡くなられた。むせのない誤嚥は危険ということが家族に伝わっていなかったのかもしれない。退院時指導に家族だけではなく専門家がついていれば、退院時の危機管理の優先順位も伝わったのではないかと悔やまれる。この症例を通じて管理栄養士はきちんと嚥下障害のことを勉強し、状況に対応できるしっかりした指導ができる技量もたないといけないことを教えられた。食べることへの危険性を訴えられなかったことを深く反省した。そのことが、本気になって摂食嚥下機能障害の勉強を内視鏡評価医の研修に同席して補助要員として２年間受講するきっかけになった。

３６．症例５．74 歳、男性、実は死にたい願望がある。脳梗塞後遺症があり一家の主人として役立てなくなった。もう食べなくてもいい。死にたいという思いを持っている。ところが、元気な時に、雑食主義で、健康維持志向が強いめ、内臓がしっかりしており、いくら食べなくても仙人のようにやせ細って長生きする。日常の食事はカステラパンと牛乳、おにぎりと牛乳と、牛乳を多飲し、血液検査では、ＬＤＬコレステロールは高いが、他の血液検査結果も悪くないので、医師は、管理栄養士に指示を出す必要がないと判断する場合が多い。サービス担当者会議で本当に助かった例では、医師が「〇〇さんがね、いくら死にたくったって、仙人のように生きるのだよ、生きるのだったら、楽しく食べて生きようよ」と言いい、その言葉が患者に響いたのか食べるようになった例がある。専門家の患者に対する一言が大事だと痛感する。

３７．症例６．難病の症例。難病は進行性があり難しい。栄養介入は役にたっていないのではと悩むが、今は、心から接すること。頻繁に見に訪問することを大切にしている。管理栄養士である私の役割は、むせ込みが激しく、薬を飲むためにゼリー飲料のサンプルをとって持って行く、栄養状態を医師につなぐ役割位しかないが、医療チーム、リハビリチーム、栄養チームに分けて役割分担を決め、みんなで助け合っている。難病の患者や介護

者の苦しさを理解して、患者の免疫力を高め進行を食い止めることが今できている最大のことである。現在、３人の難病患者に訪問している。

３８．症例 7. 認知症高齢者の腎不全ステージ４の症例である。ステージ４は、もうすぐ透析が待っている状態である。自覚症状が出てこない。朝はアイスクリーム、昼はインスタントラーメン、夜は宅配弁当という食事パターンを何年も続けているので、なかなか食事改善が難しい。様々な関連者の支えが必要であり、入退院を繰り返しながら少しづつ栄養介入を行っている。

３９．症例８．重度の糖尿病、重度の腎不全の患者が多い。これらの重度の慢性疾を抱えて、しかも認知症で独居生活をしている患者がいる。一方では、外来の栄養指導や集団指導も受けて、管理栄養士や医師の言うことも分かり、自分も分かる範囲で実行している。全部の特殊食品を買って減塩しても効果が出ない。自分がやっていることが正しいのか不安なので食べ方を指導してほしいという訪問依頼が増えてきている。介護認定されていな患者の場合には、食のサポートとして 1000 円で訪問しているが、調理法を図解しながらの指導を交えて指導し、これは守られているが、ここがおかしいこと相談表に記入することによって、理解を容易にし、初めて栄養相談を受けている患者が理解できない内容を把握している。

４０．４１．４２．４３．４４．地域の高齢者の実態、課題、食環境、高齢者自身を知ることである。義歯が合わなくて摂食嚥下障害がある高齢者を知ることが大切である。高齢者の思いは、死ぬまで家族と一緒に食事が食べたい、歯がなくても義歯が合わなくても食形態は変えたくない、ゴックンに難があってもトロミ剤は一切使いたくない、重篤な病態が潜んでいても好きなものを好きなように食べたいなど食の問題は一筋縄では行かない。栄養の問題、嚥下困難の問題、癌、心筋梗塞、脳梗塞など多々ある。家族と同居していても１人で食事をしている、一人ぼっちの食事の人が殆どという認識を持たなければいけない。その結果、食事の絶対量が不足して低栄養に陥る。ベット上の生活になって食べさせてもらえなかったら食べていない、そういう状況を理解していなければならない。また、認知症の独居の患者の場合、人影がないと食べない日があることも理解しておかなければならない。認知症の食生活食改善は難しく、ハイハイと返事はするが理解してない場合が多いことを認識しなければならない。分かっているようで分かっていない。このような課題にどのように取り組んでいくかがこれからの課題だと思う。

刻んだものを食事として認識しない、作っておいてある物に手がでない、冷蔵庫から食べ物を取り出せない、食べた物を忘れてしまう、一人住まいである。義歯が合わないだけでなく摂食嚥下障害があってもむせのない誤嚥が発生する、いくらでも食べ物が口にとり

込まれとても危険、熱が出た時は肺炎の７ぐらいまで進んでおり、入退院を繰り返していく、これらの問題が１人住まいをしている患者では見過ごされてしまっている。このような食の問題を介護支援専門員が発見して食のフォローをしていくのは大変なことである。緊急に管理栄養士が在宅へ進出する必要を強く感じる。

４５．実態に見合ったポイントは、この４項目、５項目である。食環境を考え効果的な食べ方の提案、食品、総菜、弁当を組み合わせていく技量を持たなくてはいけない。そしてヘルパーとの協働の必要性。ヘルパーとうまく連携して役立つ栄養介入が出来たら、在宅訪問管理栄養士も根付いていくことだろう、ヘルパーに指導をするという態度で決して行ってはいけない。また、地域におけるターミナル栄養介入法もあると思う。それに対応できる栄養ケアのマニュアルが必要である。データーを積み上げ、マニュアルを作っていく必要がある。

４６．管理栄養士の業務の値段である。頑張っていただきたいと思う。

４７．健康な在宅高齢者も実際は、認知状況や身体機能障害で食の準備が不十分な場合がある。低栄養予備軍といわれる高齢者である。そして、摂食嚥下障害があっても、日中独居によって貧困な食になっている、食べていればよいという考え方を見直し、早期から予防のための食育が必要である。そのためにも管理栄養士による居宅療養管理指導の推進が必要である。地域高齢者の食べることへの支援は、地域が求めているニーズを受けとめて、地域進出への取り組みが必要である。１人では不可能なことも地域に人々と連携し合えばできることがある。ネットワークを持ち、チャレンジをしよう。どうかよろしくお願いいたします。ありがとうございました。

司会　佐藤先生、ありがとうございました。とても素晴らしい、先生の挑戦について細かくご指導いただきましたけれども、何かご質問ございませんでしょうか。ご質問がおありの方は手を挙げてくだされば、マイクが届きます。所属とお名前を言っていただいてから質問お願いしたいと思います。どなたかございませんでしょうか。

サカシタ　先生どうも今日はありがとうございました。鹿児島のほうで老険で栄養士をしていますサカシタと申します。私のほうも在宅のほうはすごく重要だとは感じてはいるんですけれども、まず、私が課題に挙げているのが、利用者の経済的な問題です。どうしても介護保険になるとその限度額内でというものがありまして、地域によるとその年金生活を支え、それだけで、いろんなことをサービスを組まなければいけない現状があります。そうした中で私たちは食べることを例えば、食べ方、その方の環境をどうにか工夫するだけでも違うということを、ケアマネジャーさんとかに届けたいと思っているんですけど、

まずそこに言われるのが経済的な理由です。まず、その経済的なことがあるともう今食べてるから、という言葉で栄養士に何ができるのかっていうことをまず言われます。で、今私は、その状態に合わせて通所の方で嚥下困難とか、栄養状態が例えば肺炎を繰り返してらっしゃる方に対して、栄養補助食品とか、自分のところの献立なんかのことをどうにかご家族に伝える仕組みは少しずつ作りつつあるんですが、ケアマネジャーさんとのことでその経済的なことは地域によってすごく違うということの問題を掲げております。それでこのシステムを作られたときに、そのお値段とかはあるんですけど、例えば私のところで、例えば 1000 円という値段を提示したときに、やっぱり受け入れられている、これないんじゃないだろうかっていう問題があるので、通所を使うときにもですね、食べることを同一化して、私たちをいかしてくださいって言ってもショートステイに入る値段のほうがいいとか、介護する側の家族のことを重視するような状態にあります。先生、そのお値段的なことをどういうふうにとらえていらっしゃるかを少し教えていただけると思います。

佐藤　はい、通所や通所リハビリテーションでは、やはり介護保険の単位の中で栄養ケアマネジメントはしなければいけないので、おっしゃるとおりのことが現在起きております。ただし、その通所に通ってこられていても、栄養ケアマネジメントを実施していない通所であれば、居宅療養管理指導が受けられます。居宅栄養管理指導の中では、その単位外でサービスが出来ます。介護保険の単位の中には入れなくていいのです。そこがとっても利点です。ケアマネジャーさんと一緒だと思ってくだされればいいです。ただし通所と通所リハビリテーションの場合は、単位に縛られるので、通所の中の栄養ケアマネジメントを促進しなければならない状況でも、通所ではおいしいごちそうが出るから、栄養よりも、入浴がいいとかにってくるのは仕方ないかなと思います。
公費負担制度もあり、生活保護の方は、介護保険サービスが公費負担で自費徴収はありません。そしてもう一つ、特定疾患っていうのがありまして、５ナンバー、医療券を持っている人、５から始まる医療券ナンバーを持っている人、全部公費で面倒を見てくれますから自己負担金はありません。私も東京都に何度か交渉して分かったことですが、そのようなものを掘り下げてお金のかからない方法を選んでおります。
確かに一割負担券の自費がなかなか払えない方がいらして、未納のまま積もり積もってしまう時があります。本当に一割負担も払えない方がいらっしゃいます。でも栄養が入ると心が穏やかになるといわれると頑張ってしまいます。あなたのお母さんよって感じでとらえてくださっているので、そこは頑張ってやるしかないのではないかなと思います。ケアマネジャーさんやヘルパーさんとか、看護師さんとか、理学療法士さんでは気付かない食の専門的なサービスで効果をあげる。例えば食の確保ができなかったこと、こんなふうにすれば食の確保ができるよ、それをみなが喜んでくれたら栄養を認めざるを得ないと思います。そういうもの積み重ねていく、訪問栄養を行いそのことが喜ばれたら、その症例や介入方法、効果をデーターとして積み重ねて、PR していく。管理栄養士は何をする人ぞ

と、もっと胸を張って広げていかなければいけないと思います。

司会　ありがとうございました。

イセ　きょうは先生､貴重な話ありがとうございました｡病院の管理栄養士をしています。イセといいます。先生のお話の中でプレ鼻腔栄養の話をされて、カロリーが 1200 キロカロリー、たんぱく質が 45 グラムというお話でしたが、量を少なくして、そのカロリーを上げることについてもっとお話を聞きたいなということで、すいません、質問させていただきます。

佐藤　現在では、病院も施設もそうですが、素晴らしいペースト食がそれこそレトルトで販売されております｡それを使ったほうが良い時もあります｡まったく意識のない人には、市販品の栄養補助食品を私の施設でも使っております。しかし、意識がしっかりして、食事が分かって、摂食嚥下だけが悪い人はやっぱり、食事というものは私のところでは大事にしています。軟飯食を刻んでミキサーにかけますよね。それを約半分取ったと思ってください。半分の量を鍋にとって練り上げていくのです。だし汁を入れたり、牛乳を入れたりしながら練り上げていくと、トローっとした食べ物が出来ます。それをお料理ごとに行います。こっち鍋で、あっちの鍋で加熱しながら練り上げますが、調理師さんたちは、私たちがこの食事が必要になってもきっとやってもらえないな。この人たちはいいわよねと文句言いながらやってくれますけれども、８分ぐらい練り上げていきますと、トローっとしたものができるのです。そこに、お料理の味を崩さない粉の栄養剤とか粉ミルクとか、たんぱく質の粉とか混入して栄養強化をいたします。液体入れると増量しますから、粉の栄養剤を使用します。そして、お料理としての演出は、素晴らしい器を、それこそディズニーランドで買ってきたような器を取り入れます。どうせペーストですから、色があんまり良くないし、お料理としてはえないので器で食べさせている。それをプレ鼻腔食として提供しています。難点は量が少ないため水分の供給が少ないことです。必ず水分の補給をしなくてはならないことです。うちのケアチームにはそのことが教育されており、医師指示の元に水分補給は実施しています。
現在は、プレ鼻腔食を在宅へ広げています。施設での対象者は 10 人ぐらいです。意識がない、食感が味わえない方には市販の栄養補助食品を使用しています。

司会　ありがとうございました。まだご質問があるかと思うんですけれど、時間になりましたので、あとはお休みの時間を利用してご質問いただきたいと思います。どうぞよろしくお願いします。

(了)

在宅における栄養管理

東京ふれあい医療生協
梶原診療所　奥村　眞理子

在宅サポートセンター

ケアが必要な人がそこにいけば、いつでも、
どんなことでも相談でき、大部分が解決する場に・・

ソーシャルワーク部門

ふれあい訪問看護ステーション
（訪問リハビリ）

地域医療連携室（訪問診療）

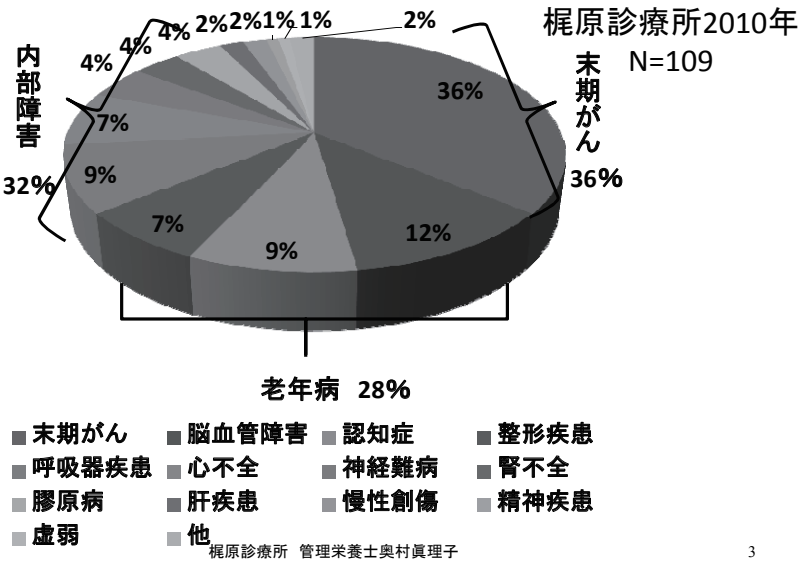
高齢者ケア外来
緩和ケア外来

ほほえみヘルパーステーション

訪問栄養

介護相談センター
（居宅介護支援）

訪問診療新規導入患者



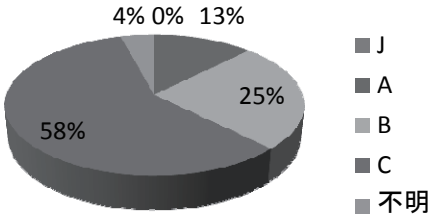
梶原の訪問栄養の対象者

- 2010年度に新規に訪問栄養指導を行った在宅患者を訪問栄養依頼書をもとに分析
  （簡単な相談、摂取量調査、栄養剤の紹介等は除く。）
- 24名（男性12名、女性12名）
- 55歳～96歳まで（85 歳～89歳にピーク）
  平均年齢81.5±9.5歳（mean±SD)
- 経口摂取19名、胃瘻4名、腸瘻1名
- 梶原診療所内医師21名、他院から3名

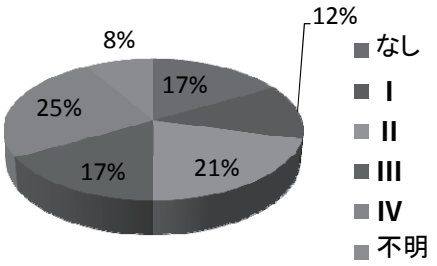
訪問栄養指導指示書

梶原診療所　在宅サポートセンター

N=24



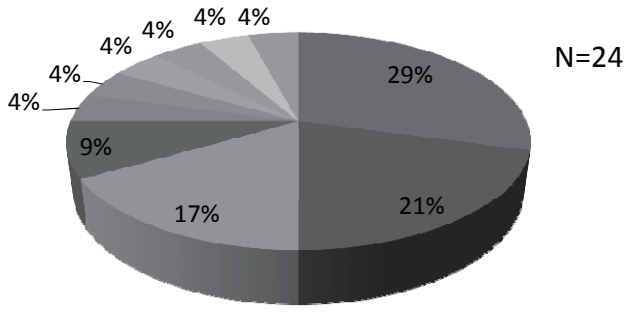
寝たきり,準ねたきりの方が多い



認知症の合併が多い

梶原診療所　管理栄養士奥村眞理子　5

訪問栄養指導依頼例の基礎疾患



N=24

脳血管障害　認知症　腎不全等　神経難病
脳性麻痺　胃がん術後　悪性腫瘍　糖尿病
褥瘡　不明

明らかに末期（すべて非がん）の栄養指導は4例（腎臓3例、認知症1例）

梶原診療所　管理栄養士奥村眞理子　6

訪問栄養指導のニーズ

- 嚥下障害
  - 脳血管障害
  - アルツハイマー病
  - 神経難病
    - パーキンソン関連疾患、ALS等の神経難病
- 低栄養（PEM)
- 内科疾患の栄養的介入
  - 腎不全、呼吸不全、肝不全、神経難病等
- がん

居宅療養管理指導の要件

- 居宅で療養を行っており、通院による療養が困難な利用者について、医師が当該利用者に厚生労働大臣が別に定める特別食を提供する必要性認めた場合又当該利用者が低栄養状態にあると医師が判断した場合であって、当該医師の指示に基づき、管理栄養士が利用者の居宅を訪問し、栄養ケア計画を作成した当該計画書を患者又はその家族に対して交付するとともに当該栄養ケア計画に従った栄養管理に係わる情報提供及び栄養食事相談又は助言を30分以上行った場合に算定する。
- 心臓疾患などの患者に対する減塩食、十二指潰瘍の患者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の患者に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している患者に対する低残渣食並びに高度肥満症（肥満度40%、BMI30以上）の患者に対する治療食を含む高血圧の減塩食（6グラム未満）嚥下困難者の流動食は居宅療養管理指導の対象となる特別食に含まれる。

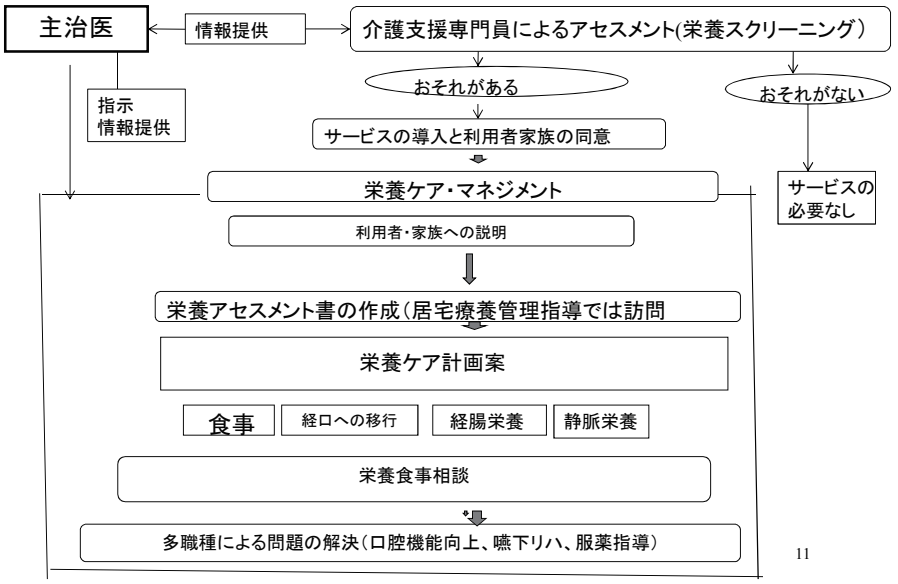
診療報酬
在宅患者訪問栄養食事指導料

- 在宅患者訪問栄養食事指導料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のため通院による療養が困難な者について、医師が当該患者に「特掲診療の施設基準」に規定する特別食を提供する必要性を認めた場合であって、当該医師の指示に基づき、管理栄養士が患家を訪問し、患者の生活条件、嗜好等を勘案した
- 食品構成に基づく食事計画案又は具体的な献立を示した栄養食事指導せんを患者又はその家族等に対して交付するとともに、当該指導せんに従った調理を伴う指導を30分以上行った場合に算定する。

在宅療養診療所

- 2006年度の診療報酬の改定
- 24時間連絡を受ける医師または看護師を配置し、その連絡先を文書で患者に提供していることなど、24時間対応体制で在宅医療を支える在宅療養支援診療所が制度化された。①通院困難な患者②患者の同意③計画的な医療管理④定期的⑤訪問して行う医療…介護保険居宅療養管理指導　500点月2回　　290点月2回

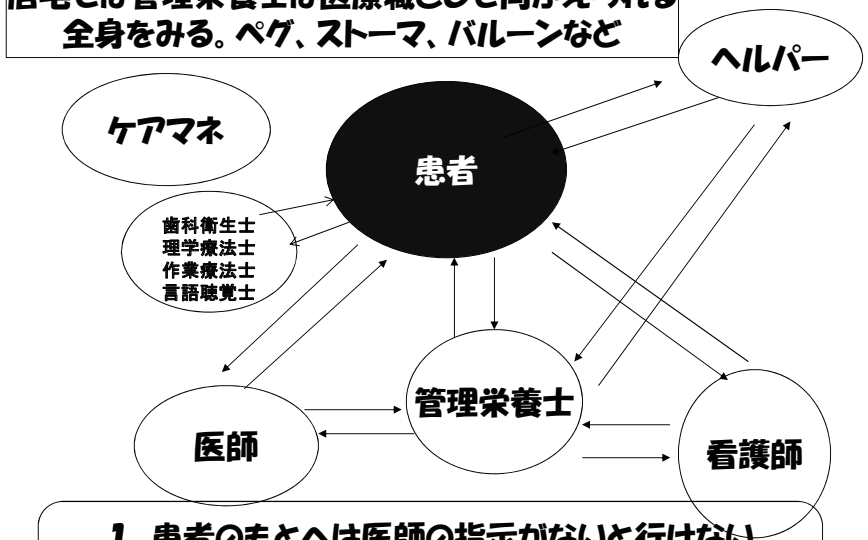
居宅における栄養ケア・マネジメントの実務



11

梶原診療所　管理栄養士奥村眞理子

居宅では管理栄養士は医療職として向かえられる
全身をみる。ペグ、ストーマ、バルーンなど



1、患者のもとへは医師の指示がないと行けない
2、請求は医事課の仕事（医療保険か、介護保険か）
3、単独請求は出来ない

12

東京ふれあい医療生協梶原診療所の場合

栄養ケア・マネジメントのニーズ

- 介護施設、病院での栄養スクリーニングでは3割が低栄養といわれている。往診患者でも低栄養患者は同じ割合だろうか。高齢者医療施設入院患者等の低栄養者状態の中リスク者「血清アルブミン値3.5g/dl以下の出現頻度は、入院41．1%・在宅33%・外来8．6%ともいわれている。1)2)
- 往診患者でも同じ割合だろうか。

栄養士を必要としている人はもっといるのではないか？

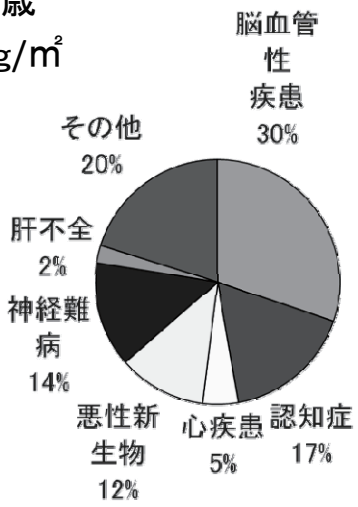
参考文献　1)鞍田三貴　今西健二　辻仲利政：入院患者にしめる低栄養患者の割合・静脈経腸栄養、17(4)、77－82，2002
2)杉山みち子　清水留美子　若木陽子　中本典子　小山和作　三橋扶佐子　小山秀夫：高齢者の栄養状態の実態、栄養ー評価と治療、17(4)、553－56

- 平均年齢81.9±SD13.4歳
- 平均BMI20.7±SD3.6kg/㎡

疾患名

- 脳血管性疾患　39名
- 認知症　22名
- 心疾患　6名
- 悪性新生物　15名
- 神経難病　18名
- 肝不全　3名

その他　26名

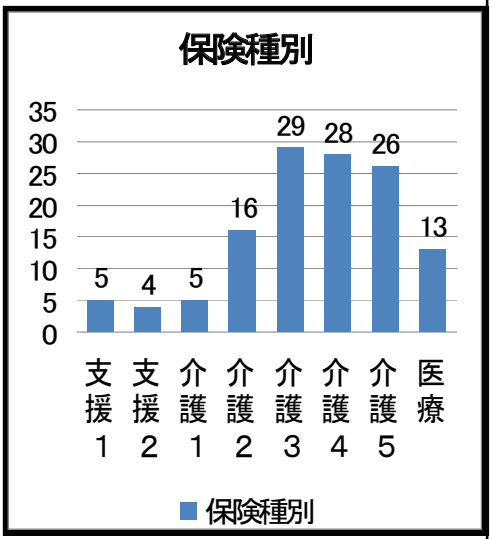


栄養状態

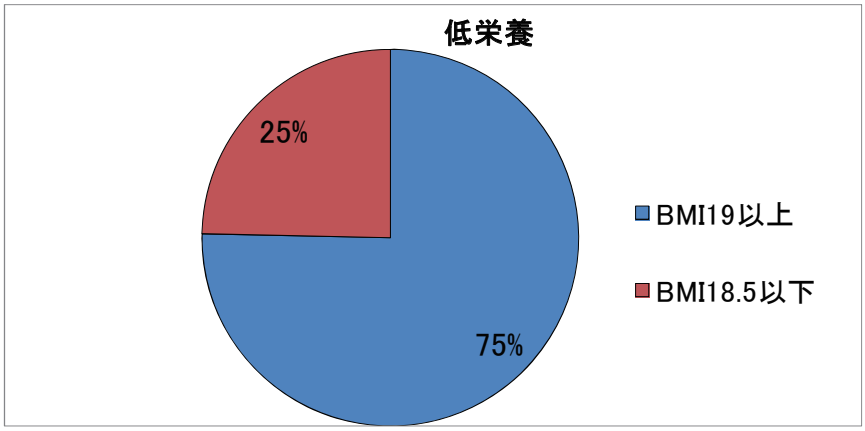
- HPN　1名
- 胃ろう　11名
- 経口　117名

（経口のうちあきらかな嚥下困難者26名）

【医師の主観による評価による】

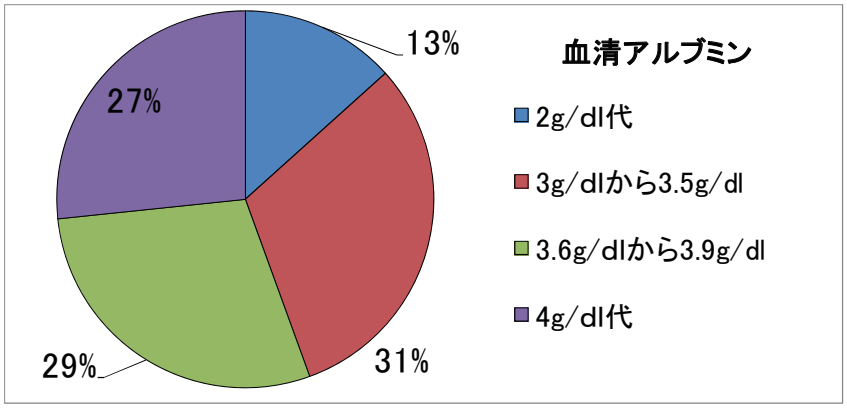


BMIからみた低栄養の割合



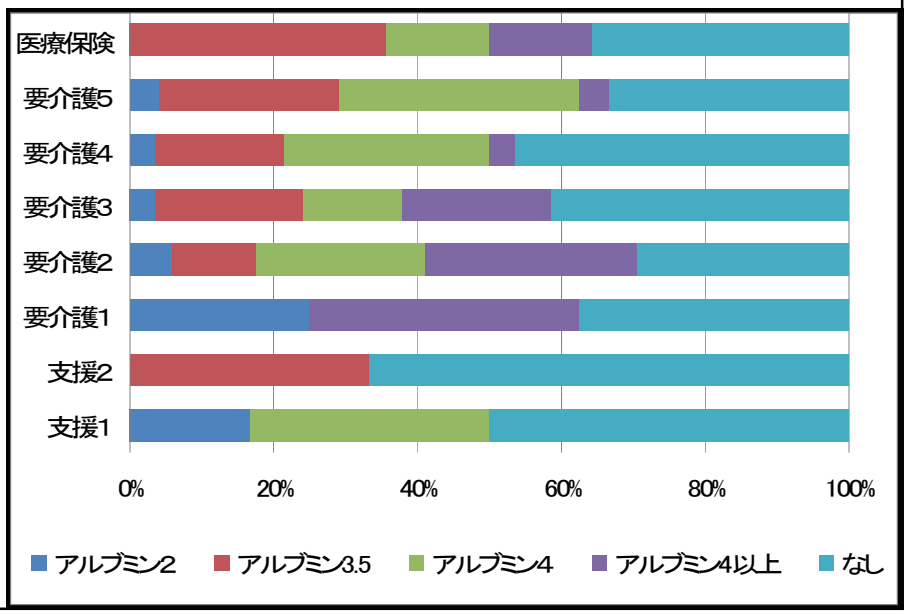
梶原診療所　管理栄養士奥村眞理子　17

低栄養出現率44%



梶原診療所　管理栄養士奥村眞理子　18

要介護度と低栄養



結果

低栄養（血清アルブミン3．5mg/dl以下）の割合は30%より多く44%だった。

- 往診患者の多くの患者は栄養管理を必要としているにもかかわらず、誰も栄養管理をしていないことがわかった。
- BMIと血清アルブミンの相関係数は0．22
- 介護度と血清アルブミンの相関係数は0．08

梶原診療所　管理栄養士奥村眞理子　20

考察

管理栄養士を必要としている
往診患者のための指標

1. 栄養評価
   血清アルブミン・食事摂取が75パーセント以下・
   継続した体重測定・
2. 多職種協働
3. 単独保険請求できるシステム作り

今後　見える管理栄養士のシステムの構築

梶原診療所　管理栄養士奥村眞理子　21

誰でも

在宅訪問栄養食事指導依頼書　依頼日　年　月　日

カルテNo	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男女	T・S・H　年　月　日（　歳）

住所　電話
寝たきり度Ｊ　Ａ　Ｂ　Ｃ　認知度Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　Ⅳ　Ⅴ　要介護度　支1.2.介１２３４５

栄養状態：・食欲不振・脱水・褥瘡・嚥下障害・肥満・便秘・下痢・慢性疾患食事療法など
□食が細くなった　□食事に時間がかかる

経口　経管（経鼻　ＰＥＧ　ＨＰＮ　ＰＰＮ）●キーパーソン　同居・独居
紹介者：所属　氏名

主疾患名　**既往症**

身長	ｃｍ	栄養摂取量	**熱量** kcal
体重	ｋｇ		**タンパク質** g　**脂質量** g

□治療食
□腎不全食　□糖尿病食　□肝臓病食　□減塩食　□貧血食　□胃潰瘍食
□膵臓病食　□高度肥満　□濃厚流動食　□嚥下困難者のための流動食
□栄養改善　（肥満・やせ）
□低栄養　《　□胃ろうの栄養管理　□下痢（下剤の常用を含む）》
□嚥下　咀嚼困難
□その他

療養生活上の注意事項
1.リハビリ
2.褥瘡の場所・程度
3.装置・使用医療機器等の管理
2.その他

上記通り、在宅訪問栄養管理指導依頼します。　平成　年　月　日から有効

管理栄養士　宛　梶原診療所・宮ノ前診療所
梶原診療所　管理栄養士奥村眞理子 印

22

仕事の原則

仕事は断らない

石橋はたたかない

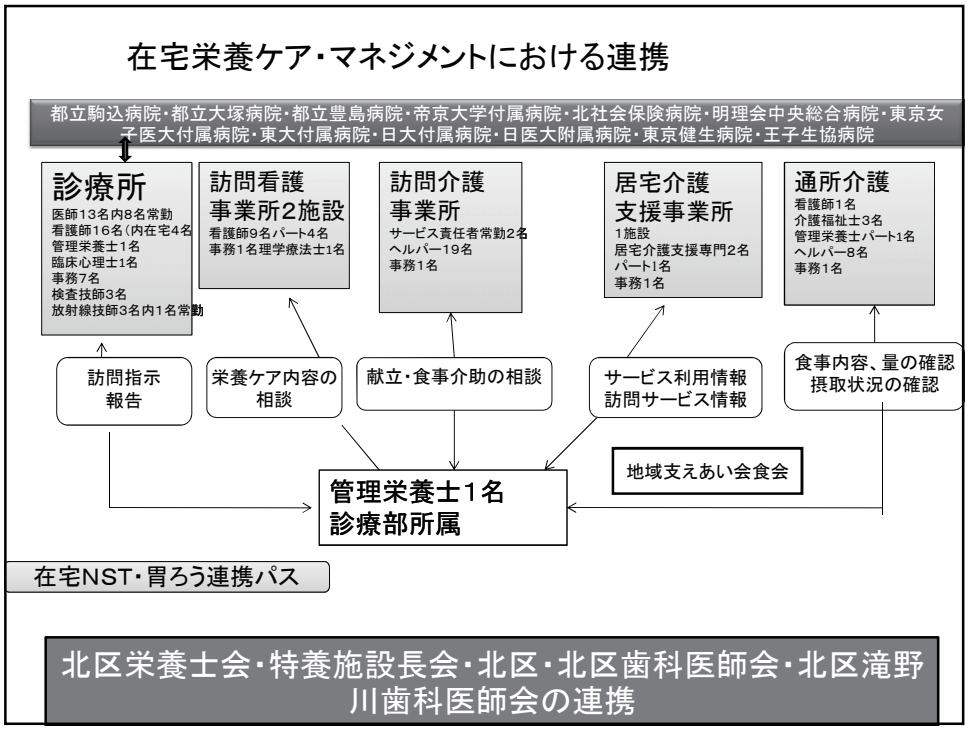
100個の仕事をしたら60個は失敗

失敗は素直に認める、見得は張らない

見える仕事

- 栄養改善をしている施設と管理栄養士の名前を公表する
- 病院で栄養指導している管理栄養士
- 栄養指導件数を公表する

私（管理栄養士）にしかできない仕事をしているかしら



在宅栄養ケア・マネジメントにおけるチームの役割

施設長(理事長)	**職員及び地域にたいして栄養に関する研修、啓発活動の推進** **管理栄養士の知識・技術向上のための研修参加及び啓発活動の支援**
医師	**栄養ケアの指示・栄養補給量** **管理栄養士情報提供** **利用者や介護者に対して栄養ケアの説明**
訪問看護師	栄養ケアが必要な利用者を医師に報告 管理栄養士に情報提供 嚥下体操・口腔ケアの実施
介護支援専門員	管理栄養士に情報提供(家庭環境・家族の介護力・居宅サービス利用状況 栄養ケアが必要な利用者に居宅栄養ケアお紹介 栄養ケアが必要な利用者を医師に紹介し栄養ケア介入を打診 デイサービスでの昼食(食事形態・禁止食品)について管理栄養士の相談
ヘルパー	家事援助利用者の食事提供について管理栄養士に相談 体重測定の援助
理学療法士	管理栄養士に情報提供　ADL・リハビリ状況・運動能力など
デイサービス施設長	デイサービスの昼食について管理栄養士に相談
事務職員	医師の指示を管理栄養士に連絡 管理栄養士に情報提供(栄養ケア介入の説明時本人や介護者の反応、訪問予定の連絡時の反応など

実施時の視点、注意点

情報収集

- カルテからの情報
- 臨床歴、現病歴、服薬状況、臨床検査結果等
- スタッフとの情報交換
- 医師…患者の容態　指示内容の確認
- 看護師…患者の容態　性格　生活のパターン
- 　生活環境（家族環境、食事環境、主な介護者
- 介護支援専門員…本人、家族がどのような最後を望んでいるか。在宅サービスの利用状況
- 家庭環境（経済的問題、家族の介護力、協力度）

訪問時の一般的な留意点

- 白衣着用は栄養士の場合着ない方がよい場合が多い。襟のあるポロシャツにズボン
- 居宅に入る際はチャイムをならして返事を待つ。寝ていたり、トイレにいる場合もある
- 家族は不在だが玄関が開いている場合には患家に上がってよいか微妙
- 上がってもよいという合意ができていればよい
- 玄関で靴を揃えてはいる。

初回訪問時の対応

- 初回訪問時の栄養士の言動は、患者、家族に強い印象を与え、その後の信頼関係に与える影響は大きい
- 原則的には湯茶は断るが家族のメンタル上断らない方がいい場合もある。
- 本人の生活歴、患者家族の人となりをつかむ

家族の不安をとる

- 家族を支える
- 在宅療養が始まったばかりは患者、家族はいろいろ不安を持ちやすく、電話をもらったりした場合は訪問し、急変ではないことを家族の目の前で確認します。家族、患者の不安を取り除くお手伝いをします。
- 聴診器、脈、血圧測定、体温の計測をし医師に報告し指示をあおくだけで落ち着くこともある。

家族対応と介護力評価

- お金があるか
- 親の年金を子供が当てにして自宅介護か
- 余力のない介護者は社会的な資源の有効活用が家族の回復過程に有効。
- 宅配の弁当
- 家族のリーダーが動けなくなった場合はキーパーソンを見つけにくい

訪問におけるコミュニケーションスキル

よりよい人間関係

①人は常にベストを尽くしている

②人の行動には必ず肯定的な意図がある

③人はすべての可能性をその内側に秘めている

④ステップを細分化すればどんなことも成し遂げられる

⑤選択肢は少ないより多い方がよい

⑥人は自らの生活について最も詳しい専門家である

○○さんの脱水のチェック

1.ここ3日間、食事量が減っている

2.発熱37℃以上が1日以上続いている。

3.いつもより汗を多くかいている。

4.暑い場所に長時間いた。(室温30° 以上)

5.下痢や嘔吐がここ3日間で3回以上みられた

6.いつもよりおしっこの回数や量が少ない。

7.便秘気味である。

8.唇がかわいている。

9.脇の下がかわいている。

10.いつもより皮膚の張りがない、または冷たい。

11.いつもより意識がはっきりしない

事　例

事例1：高度肥満からの脱出

- 要介護2　90歳男性、夫婦二人暮らし、
- 身長175cm　体重88kg　BMI 35
- 糖尿病、脳梗塞歩行は歩行器にて室内を少し。
- 肥満のため車椅子が乗れない
- 食事は、家族運んでくれる。ヘルパーが毎日1時間昼食を作ってくれる。

事例1　栄養ケアマネジメントの具体的内容

- 家族の食事の聞き取りにより、もう一度糖尿病食の説明をする。
- 野菜の多い食事の具体的なカードで説明
- 運動は歩行器を使いできるので運動のチェック表と体重の記録表を作る。

無理かも

ヘルパーの作った2人分の食事

できるヘルパーとできないヘルパーがいることに気がつく。ヘルパー講習会に呼んでもらう。

症例2　ALS

●障害1級・難病指定・要介護3　現要介護4
60歳　女性　筋委縮性側索硬化症（ALS)
身長152cm　　体重測定できず

家族構成　夫、息子2人20代　消防士、在宅建築士

平成17年　発症　00大学病院入院診断
平成19年　頸部の筋力低下、嚥下障害、下肢近位筋低下がみられ発症後3年で死亡と説明を受ける。
予後に関して説明しない欲しい。
平成20年6月より往診開始
7月初回管理栄養士訪問（ラコールゼリーを作って）

居宅サービス計画書

0・生活全体を考えることができるように、気持ちに張りがでて希望が持てる自分と家族を取り戻したい。

1、姿勢、掃除、台所の片づけ、買い物調理、口腔ケア、排泄、清潔の保持、シャワー浴、ラコールゼラチン調整すべてに援助が必要

食生活の実態

台所：流し　使用した形跡はなく調理道具はさびていた。

食事：宅配の弁当頼んでいたがたこ焼きが食べやすいとのことで宅配の弁当は止めて　たこ焼きとラコール1パックを食べている

嚥下：嚥下誘発試験S－SPT）0.4mlで反応無し、1cc1秒で反射あり

吸引器：　大切に段ボールにしまってある。

コミニケーション：　会話、現在問題なし

白衣でこないでもらいたい。自転車、車を家の前に停めないで　近所の人に知られたくない自分の病気を。

管理栄養士ができること

- ラコールゼリーの作り方を家族とヘルパーに伝える。
- 家族と同じ食事を食べたい。介護保険ではヘルパーは家族の食事を作れない。
- 口内炎ができている

　➡　バランスの良い食事を理解

・医療による栄養評価　検査がされていない。

　➡　主治医に依頼をする

管理栄養士がしなければならないこと

- 病気と障害の特徴の理解をかかわるすべての人と同じレベルで。
- 個人・主婦としての尊厳、夫婦親子関係の尊厳が管理栄養士が滞在することで損なわれない注意が必要
- 二人の息子を独立させる母親、夫とともに第二の人生を構想する女性として家族の健康を願う女性としての献立を考え料理を作りバランスの理解を料理を通して得る

ヘルパー食事介助風景

まとめ

- 看護師は居宅では栄養管理は必要と思っていても（時間・知識）できない。
- 医師は必要に応じて検査を依頼してほしい。栄養の情報が欲しい
- ヘルパーは具体的な調理方法、介助の方法を教えてほしい

・家族は安心、安全な食事を望んでいる。
・具体的に安全な食品とろみなど教えて欲しい。

その後、経腸栄養の半固形化

症例3　認知症

- 女性84歳　　要介護度5　身長150cm
- 介護者　長女　月～金　二女　土日
- 胃ろう　　逆流のため片時も目が話せず家族の介護疲れ
- 経腸栄養の固定化
- 胃ろうの種類バードウイザードのため入りに2つのメーカーを使いうまくいった例
- 胃ろうの種類、現在はミッキー

梶原診療所　管理栄養士奥村眞理子　47

PGウオーター注入終了後

まとめ

- 介護者の疲労
- 本人の怯え
- 市販の栄養剤を使用逆流がなくなると
- 介護者も落ち着き、それにともなって本人も奇声をあげたり不安な状態がなくなる。

安定した状態で定期的な訪問はしていないが時々連絡がはいる。

症例4、嚥下困難

- 84歳　女性・アルツハイマー中期・C型肝炎肝硬変・要介護度4
- 体重41kg
- アルブミン2月3.3　3月3.6
- 家族：胃ろうは望まない。（認知症の為抜いてしまう）経口でいけるところまで行きたい。

食事を飲み込まない

エブリッチ使用

途中経過

- 月1度の訪問　14日間ショートステイ
- 体重5月38.5kg、6月37.6kg、7月36.3kg

1日1200キロカロリーエブリッチ、ご飯スベラカーゼ使用

次回ショートステイ先にに訪問予定

症例5、事情があり一人暮らし

- 要介護度５
- ストーマ　・仙骨部褥瘡
- 長期の目標：納得のいく介護、安心の介護を支援する。
- 本人は認知のため意思を確認できないが家族は迷いはあるが在宅でいきたい。

４月１６日口の中が乾いている。

レトルトのケンチンうどん・おかゆ

梶原診療所　管理栄養士奥村眞理子　57

経過

- 4月初回脱水：OS1ゼリーの紹介
- 退院したばかりですべてに受け入れができていない。

介護者：ケアマネの噴出し 「何で引き取らないんだ」がいわないが見える。

傾聴

OS1ゼリーとハイネゼリー2個に落ち着く

6月　ストーマに肉芽のため入院　6回訪問

梶原診療所　管理栄養士奥村眞理子　58

事　例　６

- ９２歳女性　要介護度４　廃用症候群　歯がなく好き嫌い多い
- 食事はセッテッングすれば自力で摂取していたがここ１週間ぐらい自力でコップを持ったりしなくなった。食事２時間、食事量も減少
- 息子と２人暮らし、仕事はしていないが不在時間あり
- 背中中央、仙骨部発赤あり

梶原診療所　管理栄養士奥村眞理子　59

朝ごはん

梶原診療所　管理栄養士奥村眞理子　60

マットの下にベニヤ板

事　例　7

- 76歳女性　介護度3
- アルツハイマー、レビー小体型認知症
- 嚥下障害・体重減少
- 訪問時嚥下反射あり2秒、60%摂取
- 有料老人ホーム（本部に栄養士が献立・委託基準・本部基準がある。
- 常食・一口大・刻み・ミキサーあり

訪問時の食事・評価から

梶原診療所　管理栄養士奥村眞理子　63

看護師が管理栄養士に望むこと

それまでの食事量が30%になった場合に依頼

a.栄養状態の評価
b.食形態の調整
c.家族への食事や調理方法の指導
d.変化する個々の状態に応じた嗜好を重視し、喜びや満足を感じられる食事の提供
e.その患者に適切な栄養摂取量を考慮した食事の提供

梶原診療所　管理栄養士奥村眞理子　64

まとめ

- 目の前にいるあなたの笑顔がみたい

１．私が勤めている東京ふれあい医療生協　梶原診療所は、地域の人たちがお金を出し合ってつくった診療所です。路面電車が走っている東京の下町である。診療所は必要な人がそこに行けばいつでも何でもしてもらえるという基本的な考え方でチームで在宅医療を行っている。

２．診療所には、地域医療連携室（訪問診療）、訪問看護ステーション（訪問リハビリテーションも実施）、介護相談センター（居宅介護支援事業所）、ソーシャルワーク部門、訪問栄養部門もあり、栄養部門の管理栄養士は私が一人だけであるが、外来栄養指導をしながら、在宅訪問を行っている。

３．現在、診療者の患者は約 160 名であるが、2010 年の訪問診療新規導入患者調査では、末期がんターミナル 36%、脳血管障害 12%、認知症 9%、整形外科関連疾患 7%、呼吸器疾患（在宅酸素療法を含む）9%である。さらに、神経難病といわれているＡＬＳや小脳変性症など特殊疾患者の在宅診療を行い見守っている。

４．訪問栄養指導指示書の士業の対象は、2010 年度の 160 名のうち 24 名であり、年齢は 55 歳から 96 歳、平均年齢 81.5 歳、経口摂取 19 名、胃瘻 4 名、腸瘻 1 名、当該診療所からの指示 21 名、他院 3 名であった。

５．また、訪問栄養食事指導指示書の出された患者は、寝たきりの患者が多く、認知症の合併症が多かった。

６．訪問栄養指導依頼の基礎疾患は、癌のターミナルは少なくなり、脳血管障害 29%、認知症 21%、腎不全が 3 年前から増えて 17%である。腎不全には薬よりも、むしろ食事療法で改善がされるので、透析をしていても食事療法は重要であることから、腎不全の透析患者の依頼も増えている。

７．訪問栄養指導は、在宅で食事に困っている患者のニーズに対応する。一番多いのは、嚥下障害であり、その原因は脳血管障害、アルツハイマー病、パーキンソン関連疾患や ALS などの神経難病である。アルツハイマー病では、最後は、食べられなくなって舌根沈下を起こしてしまうので、管理栄養士が訪問し手でかき出し、看護師と一緒最後まで見守っている。ＡＬＳの場合も最後まで経口摂取が維持可能な患者と、先にそのところが駄目になって、飲み込みが悪なる患者がいる。低栄養状態は、家族の無理解が背景にある場合、外科疾患のために買い物に行けない場合などの原因がある。腎不全や肝不全などの内科疾患では、食事療法が一番重要になる。さらに、癌のターミナル期の患者も多い。

８．９．居宅療養管理指導については、来年診療報酬の改定がある。診療所において管理

栄養士による居宅療養管理指導は、配布資料でお示ししたとおり、医者が往診し（医者の判断で必要と思われる患者に介護保険の上乗せで訪問できる)、心疾患、十二指腸潰瘍の患者、高度肥満や嚥下障害のある患者に対して訪問栄養指導を行うことができる。診療報酬の場合には必ず、調理を伴う指導を 30 分以上行った場合にのみ算定される。今は、介護保険を必ず優先させることになっているので、医療保険で訪問栄養指導に行くことは殆どなくなった。がんのターミナルの患者で予測されるターミナルの時間が 1 カ月以内のような場合には、介護保険を申請しないで、診療報酬で毎日訪問看護と往診が入ってという体制を整える場合もある。

１０.在宅療養診療所は､2006 年度の診療報酬の改定によって､24 時間連絡を受ける医師、または看護師を配置して、その連絡先を文書で患者に通知し、24 時間体制で在宅医療を支える診療所として制度化された。介護保険による居宅療養管理指導 500 点が月２回、290 点が月２回となった。介護保険サービスの提供職種と連携を取るようにと、この保険点数が算定した診療所であり、医師との連携がとりやすくなっている。

１１．現実には、診療所に主治医からの流れで仕事をしている。基本的に主治医からの情報、指示書がなければ保険点数は取れない。この医師からの指示書は、本来の流れであれば、医者からの依頼と情報提供があって、管理栄養士による栄養ケア・マネジメント活動に繋がって、栄養ケア計画を作成し、計画に基づいて管理栄養士は栄養・食事相談に行く。そして、把握された課題は、他職種と連携をしながら解決していく。

１２．しかし、現実には、なかなか医者の指示書がもらえない。訪問看護ステーションでも指示書は難しい場合がある。管理栄養士が在宅に訪問すると、まず全身を見る、そして、便の様子、尿カテーテルが入っていれば、尿の色、問題があれば、主治医に電話をして指示を仰ぎ、場合によっては臨時往診もある。医療請求は、在宅サポートセンターで医事課が行っている。

１３．介護保険が始まって５年後に、患者が次々亡くなったことを自分の中で受容ができなくなって、もう辞めようかなと思ったときに、神奈川県立保健福祉大学実践教育センターの栄養ケア・マネジメント過程で再研修をうけた。

１４．介護施設や病院での栄養のスクリーニングによって、約３から４割が低栄養状態であると杉山らの研究でも報告されたが往診在宅患者の低栄養状態について、既存のカルテから 130 名のデータを拾い上げて調べてみることにした。

１５．130 名の往診在宅患者の平均年齢 81.9 歳、基礎疾患は脳血管障害が 39 名、認知症 22 名、心疾患が６名、悪性新生物 15 名、神経難病 18 名、肝不全３名、その他 26 名であ

った。

１６．栄養補給法は、HPN１名、胃瘻 11 名、経口摂取 117 名、経口摂取者のうち医者が判断した嚥下困難者 26 名、要介護区分では要支援１，２と介護１にはがんのターミナルの患者が、最後まで ADL は保たれているので含まれている。要介護３以上の患者が多かった。

１７．BMI18.5 以下 25%、BMI19 以上が 75%であった。

１８．血清アルブミン値 3.5g/dl 以下の訪問診療患者は 44%であり、医師も看護師も栄養管理の必要性を認識した。

１９．要介護度と血清アルブミン値には関連がみられなかった。これは、要支援１，２要介護１にも癌のターミナルなどの患者が含まれているためであった。

２０．医者や看護師が、この調査以降、患者の採血を定期的に行い血清アルブミン値の把握をするようになった。

２１．栄養スクリーニング指標として、食事摂取量 75%以下をめやすとした確認や１カ月毎の体重測定、低下率の把握が行われるようになった。また、把握された栄養の問題がチームで話し合われるようになった。

２２．また、医師や訪問看護師からのオーダーや指示を円滑に得るために、在宅訪問栄養食事指導依頼書を作成し、医師、看護師等がチェックし、依頼者のサイン、さらに、医師の指示のサインの欄を設けた。

２３．私の訪問の原則は、仕事は断らない、石橋はたたかない、１００個の仕事をしたら６０個は失敗するので、失敗したら素直に認めて見栄を張らないである。

２４．また、地域から見える仕事にしていくことが大切だと考え、栄養改善している施設の管理栄養士の名前や件数を公表するとよいと考えている。

２５．当診療所の在宅における栄養ケア・マネジメントの連携体制であるが、東京都北区の当該診療所の近くには駒込病院、大塚病院、豊島病院、帝京大学附属病院、北社会保険病院、女子医科大学東医療センターもあり、東京大学附属病院や日本大学附属病院、日本医科大学附属病院もある。これらの病院から往診依頼もある。

２６．梶原診療所には医者１３名のうち８名の常勤、若い先生たちは臨床研修を終えると、

そのまま常勤になっていかれ、診療所の中でも医者の世代交代が行われている。看護師 16 名、管理栄養士１名、臨床心理士１名、事務７名が、表に示した役割を担っている。訪問看護事業所が荒川区と北区にあり、訪問介護事業所が、北区に１つあり、居宅介護支援事業所が一施設に、診療所の中にあり、通所介護が１つあって仕事をしている。

２７．管理栄養士である私のもとに、何でも食べ物のことで困ったことがあると依頼や相談がくる。医者や訪問看護師からはちょっと痩せたのでとか、脱水傾向なので行ってくれないかと、すれ違ったり往診先から電話依頼がくる。訪問看護師からはサンプルや嚥下体操の仕方、口腔ケア、食事療法などの相談もある。介護支援専門員からの訪問の際の介護環境、キーパーソン、経済的な問題などの、介護職からは家事援助や食事提供の仕方についての情報提供が重要である。介護職は体重測定を実施している。理学療法士からも訪問リハビリテーションに行ったときの情報の提供を得ている。デイサービスの施設長は、昼食についての相談をよくし、事務職員は一番身近な職員であるが、医師のサインをもらってくれたり、契約時の患者の様子について情報を提供してくれる。

２８．実施時の注意点としてカルテからの情報収集は臨床歴、現病歴、服薬状況。臨床検査データ、担当スタッフとの情報交換、特に看護師からの患者の容体、性格、生活のパターン、生活環境、主な介護者、担当介護支援専門員が誰か等は重要な情報である。家庭環境、経済的な問題は大切であり、生保、国民年金、厚生年金など。家族の介護力や経済力、協力する気があるのかとかなども大切な情報である

２９．訪問時の一般的な留意点は、20 年ぐらい前は白衣のままで、看護師も訪問したが、現在は白衣で行くことは殆どない。緊急の場合は着替えないで白衣に上着を羽織っただけで、走ることもある。ポロシャツにズボンをはいている場合が多い。

居宅に入る際には、チャイムを鳴らして返事を待つとか、寝ていたりトイレにいる場合もあるのでとか、そういう礼儀を重んじ、相手を尊重し、あと家族は、看護師もそうですが、鍵を預かってる場合もある。独居の場合には。で、玄関が開いている場合には、一応大きな声で、入ってもいいかと聞き、靴をそろえて入る。当たり前のことを当たり前にしていかないと、信用を得ることができない。

３０．初回時の訪問時の対応については、言葉はすごく強い影響を与える。その後の信頼関係がうまくいったりいかなかったりするので、気を付けている。原則的には湯茶は断るが、家族のメンタル上断らないほうがよかったり、菓子をその場で食べてあげたほうがいい場合もある。その場の雰囲気を五感で感じとり、お菓子をもらって帰ることもある。本人の生活歴や患者家族の人となりをつかむ初回時の対応が大切である。

３１．家族の不安を取るのは、ほかの職種と同じで家族を支えるという気持ちである。在

在宅療養が始まったばかりの患者や家族は、いろいろな不安を持っているので、依頼電話がきたら取りあえず行く。訪看看護師は忙しく、医者の敷居が高いために、管理栄養士の私に電話かかってくる。この場合、保健点数は取れなくても飛んでいく。で、急変ではないことを家族の目の前で確認して、腕をさすってあげたり、看護師や介護職もみんな一緒だと思う。身体をさすってあげると落ち着かれる場合もある。血圧測定と体温の測定は行う。診療所に電話をして主治医に状況を報告し、確認や指示をもらう。

３２．家族の対応と介護力評価については、お金が重要である。食費にいくら位使っているか、親の年金を子どもが当てにしているか、自宅介護か、余力のない介護者は、社会的な資源の有効活用状況、宅配の弁当も役に立つ。家族の一番大変だと思うことは、例えば家族のリーダーだった人が病気になったり、いなくなると、誰がキーパーソンなのかを見つけにくくなり、費用は誰が出すのかで大変なことになる。

３３．訪問におけるコミュニケーションのスキルは、人は常に頑張ってベストを尽くしている、人の行動には必ず肯定的な意図がある、人はすべて可能性を内側に秘めている、ステップを細かく、大きなステップだとなかなか踏み越えられないが、細かくすると成し遂げられ、指導をしていけば、介護力のない家族でも、これはできますとかって言ってくださる。いろいろな選択肢を提供しながら家族がどれが良いか選択してもらう。自分のことは自分がよく分かるので、選択肢について専門職として情報提供して、患者がこれなら私にもできるかもしれない言い、じゃあ在宅でやっていきますと言いながら進めていく。患者は、自分のためのマニュアルを作ってくれたということを喜ぶ。〇〇さんのための食事考えてみたと言っている。

３４．既存の脱水チェック項目を活用して〇〇さんのための脱水チェック表とする。そして、私に連絡してねってと言って、患者のそばに大きく見えるように張ってこのチェック表に私の名前と電話番号入れて帰る。

３５～３８．在宅訪問症例を紹介する。在宅はいつもドラマチックである。症例１は、90歳の男性で夫婦２人暮らし、175 センチで体重 88 キロ。糖尿病で脳梗塞で、歩行器で室内を少しだけ歩くことができた。あまりに腰回りが太くなりすぎて、車いすから抜けなくて、なんとかならないかという依頼であった。妻は認知症で食事は娘たちが運んでくれるので、ヘルパーが１日１時間、昼食を作っていた。食事について伺うと、糖尿病の食事療法を理解している者と理解していない者がいることがわかった。そこで、地域のヘルパーの定期的な講習会に講師として呼んでもらうように地域関連者に働きかけ、１年後に糖尿病と腎臓病について講習会をすることができた。

３９．症例２は、ALS の女性、60 歳、障害１級、難病指定時要介護３、その後介護４、５

と重度化。食事づくりをしていた妻が倒れて、調理のできない夫と独立していない息子が２人、大学病院で入院診断をされ、２年後には首の筋肉が落ち、嚥下障害が早く強く出、余命３年と言われ退院後から往診が始まった。７月のものすごく暑い日に往診していた医師から、脱水傾向もあり、何にも食べられないと訪問の指示支持がきたので、ラコールゼリー取りあえず作って走った。

４０．ALS の患者は初めであった。生活全体を考えることができるように、気持ちに張りができて希望が持てる自分と家族を取り戻したいだろうと思った。年齢もあんまり自分と変わらないし、子供の年齢も同じ位で、できることは何でもしてあげようと思った。

４１．食生活の実態として観察されたことは、流しは使用した形跡がなく、調理道具さびていた。宅配の弁当頼み、たこ焼きを購入し、たこを除いて食べていたという。医者が嚥下評価のため水飲みテストをし、反射がみられた(現在は気管切開している)。初回訪問時は会話は成立し、子どももいるので、白衣を着て来ないでもらいたい、診療所の自転車を家の前に置かないでもらいたいと言われた。

４２．管理栄養士がラコールゼリーの作り方を家族とヘルパーに伝えた。また、家族と同じ食事を食べたいというので、家族の食事を月２回作りに行き、あなたが思う献立を考えたら、あなたを思う通りの食事を家族の分も作ると言った。炭水化物に偏った食事のため、ビタミンのＢ群が不足し口内炎になっていなかったので、家族へバランスよい食事がもとめられた。神経難病の痛みのため採血が難しく血液検査されていなかったので検査を依頼した。

４３．管理栄養士は、病気と障害の特徴の理解を他の医療職と同じようにしていなければならない。個人として主婦としての尊厳、夫婦や親子関係の尊重が管理栄養士が滞在することで損なわれないよう配慮した。二人の息子の母親として、夫と共に第２の人生を歩む女性として、家族の健康を願い料理を作りたいという気持ちに沿って、月２回食事を作った。

４４．姿勢が崩れると具合が悪く、写真の姿勢でヘルパーも立ったままで私が作った食事を食べさせていた。

４５．４６．看護師は、居宅の栄養管理は必要だと思っているが、時間がなく知識もない。医師検査データに基づく栄養情報を要望している。ヘルパーは具体的な調理方法や介助方法を教えてほしいと思っている。家族は安心で安全な食事の望み、安全な食品やとろみのつけかたを教えてほしいと言った。その後、胃瘻になり、逆流が始まり、半固形化栄養剤を利用したが、排便量がふえ他の栄養剤にかえた。

４７．症例３です。認知症。女性 84 歳、介護度３、身長 150ｃｍで、主な介護者は長女。次女は常勤勤務者のため、次女は土日だけをみている。胃瘻の逆流があり、家族は疲労困憊しており不穏な状態。家族のイライラを患者が感じ取っていて、奇声を上げたりする状況になった。経腸への半固定栄養剤を試みる。当時使用していた細く硬いバードウィザードのチューブを使用しており、接続がうまくいかなかったが手続くりの接続チューブをつくった。今は MIC-KEY に変わり、太くなっているのでやりやすくなった。水分も PG ウオーター(テルモ社)を使ってうまく補給できるようになったので、娘も患者も安定した。その後５、６年この状態で安定されて長生きされている。

４８．４９．PG ウオーター注入終了後の写真で、硬くて水をうまく注入できないので、営業に何度もこの写真を見せながら柔らかくしてくれるように交渉した。

５０．介護者の疲労や本人の怯えは栄養剤注入時の逆流がなくなると落ち着き、それに伴って本人も奇声を上げたり不穏な状態がなくなって安定した状態になった。今は定期的な訪問はしていないが、困ったことがあると電話がかかってくるので飛んでいっている。

５１． 症例４は、嚥下困難の 84 歳女性、アルツハイマー中期、Ｃ型肝炎、肝硬変、体重 41kg、血清アルブミン値が２月 3.3g／dl、３月 3.6g／dl。家族は胃瘻は、本人が抜去してしまうだろと望まない。経口維持をしたいという。食事を飲み込まなかったので、家族は一生懸命工夫をしていた。

５２．５３．食事を飲み込まなかったので、家族は一生懸命工夫をしていた。口の中に入れては吐き出した物がそのまま出てきていので、エプリッチという栄養剤を使用した、

５４．認知症の患者に月１回の訪問で、14 日間のローテーションは問題があると思うが、５月が 38.5kg／dl、６月 37.5kg／dl と体重減少がみられ、ショートステイ先にも訪問した。ショートステイでは安定した状態を保ち、このまま入所すること提案をしてみたが、他の疾患でお亡くなりになった。

５５．症例５は、一人暮らしで要介護５の症例。仙骨部に褥瘡、長期目標は納得のいく介護、安心できる介護を支援する。本人は認知のため意思を確認できないが、家族は迷いはあるものの在宅ですごすことを希望。

５６．訪問時、退院３日目、口が乾き、唇や皮膚も乾いた状態がみられた。

５７．患者は忍耐強く、痛みに対しても強かった。レトルトのけんちんうどんや粥を娘が出していた。

５８．初回時は脱水に対応するために、OS-1 ゼリーをすぐに娘に買いに行ってもらった。患者は赤ちゃんのように吸われて落ち着かれた。退院後の受け入れができていない様子であった。娘の話を１時間傾聴しながら、患者は OS-1 ゼリーとハイネゼリー２個で落ち着いた。６月にストマの肉芽のために入院し、６回の訪問で終了した。

５９．92 歳女性、要介護度４、廃用症候群、歯がなく、嚥下障害もある。好き嫌いが多い。食事の準備は息子が行い、ふとんの上で寝たまま自力で摂取していたが、この 1 週間は自力でコップを持たなくなり、食事に 2 時間かかるようになり、食事量が減少。息子と 2 人暮らし、息子は仕事をしていないが、不在時間あり。背中央仙骨部発赤あり。

６０．朝ごはんの様子である。

６１．在宅時足の踏み場もない状況、介護ベットが入らず 30 度のギャッチアップができないので、診療所カラベニア板を運び布団の下に入れた。

６２－６４．有料老人ホームでの本部には栄養士がいるとのこと、嚥下の評価や評価に伴った食形態の判断をする職員がいないことが問題と思われる。

６５．すべての人の笑顔を見たいっていうのが考え方で在宅訪問をしている。あなたの笑顔を、そして疲労に疲れた介護者の笑顔を見るために、食事で何ができるかを考えながら、在宅で頑張っていきたい。ありがとうございました。

(了)

Ⅱ．「食べること」を支援するための口腔・嚥下機能の評価と栄養ケアチーム

菊谷 武

日本歯科大学院生命歯学研究科

臨床口腔機能学教授

「食べること」を支援するための口腔・嚥下機能の評価と栄養ケアチーム

日本歯科大学
口腔介護・リハビリテーションセンター
臨床口腔機能学
菊谷　武

1

北海道における摂食・嚥下障害を有する患者推計数

（平成17年度要介護高齢者に対する 摂食嚥下障害対策 実態調査報告書：北海道）

病院：505／580病院、介護老人福祉施設261／270施設、介護老人保健施設140／148施設、介護支援専門員1032名／3269名

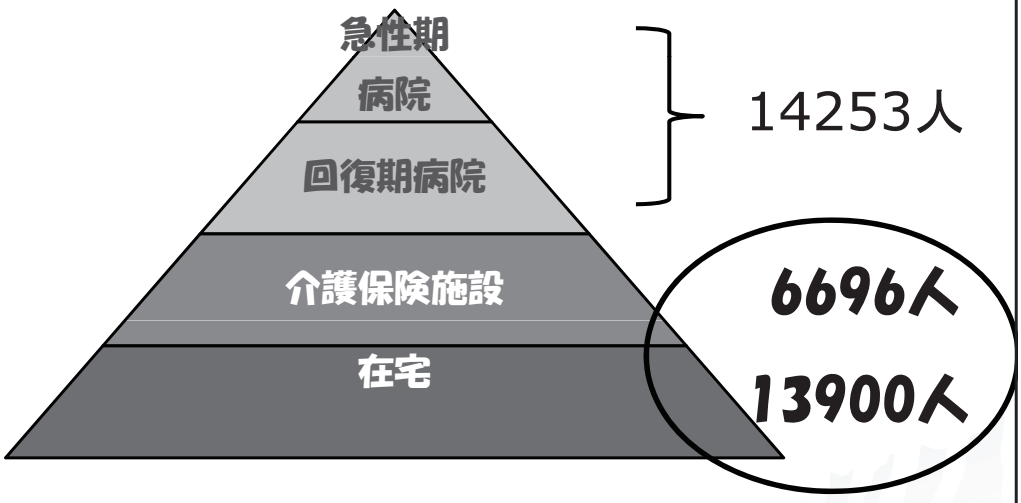
病院推計14,253＋介護保険施設推計6,696＋在宅推計13,900＝34,849人

H16年12月現在の要介護認定者数：192,551

要介護認定者数に占める割合34,849／192,551＝18.1%

2

摂食・嚥下障害患者の
すそ野の広い



3

北海道における摂食・嚥下障害を有する
患者推計数

（平成17年度要介護高齢者に対する 摂食嚥下障害対策 実態調査報告書：北海道）

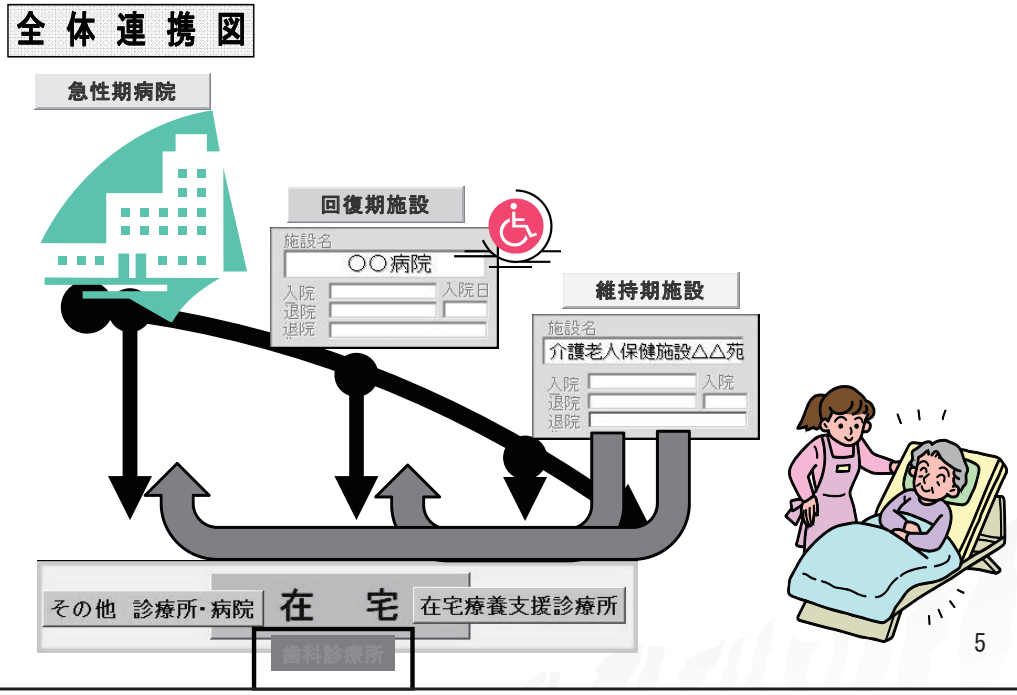
病院：505／580病院、介護老人福祉施設261
設、

全国推計
782,410人
（2006年3月、要介護（要支援）認定者数　4,322,708人）

要介護認定者数に占める割合34,849 / 192,551 = 18.1%

4

切れ目のない食支援



5

誤嚥を示した高齢患者の原因

Michael J.Feinberg et.al. AJR,1991.

Cause	Oral Abnormalities	Pharyngeal Abnormalities	Oral and Pharyngeal Abnormalities	Total No of Patients
Dementia	13	2	6	21
Stroke	7	4	5	15
Deconditioning	1	2	3	6
Parkinson Disease	2	1	2	5
None identified	0	2	1	3

誤嚥を示した患者の80%が
口腔期の問題

6

窒息

日本人の死因の第5位　不慮の事故
不慮の事故　の　トップ

7

介護老人福祉施設入所者の窒息の危険因子に関する研究

菊谷、厚生労働科研、2008

介護老人福祉施設12施設　486名
平均年齢85.05±8.3

ベースライン調査

調査項目：

性別、年齢、口腔衛生
食事の自立、口腔乾燥
臼歯部咬合、服薬
脳血管障害の既往、
嚥下障害
ＡＤＬ、認知機能

３年間追跡

エンドポイント
窒息の発症

8

＜対象＞
介護老人福祉施設入居者４８６名（１３施設）
のうち、全データがそろった者４５６名
期間中、退所などの理由で追跡できなかったものを除く
追跡可能４３７名

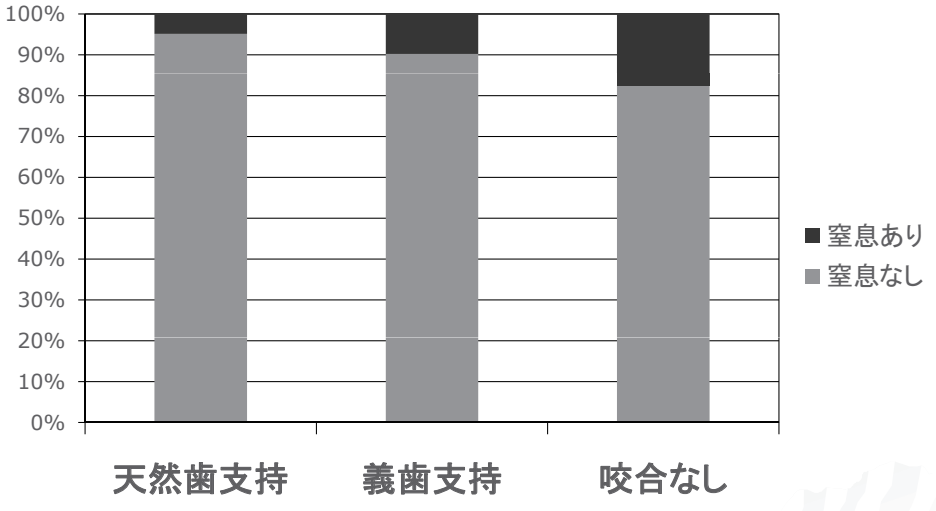
３年間

窒息 51名発症

窒息の独立した＜危険因子＞
・臼歯部咬合（なし）
・認知機能低下（あり）
・食事の自立

9

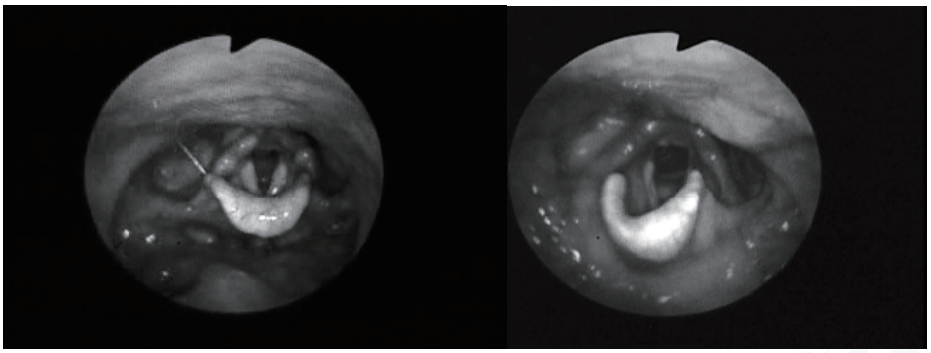
咬合支持と窒息事故



10

口からたべられる？
たべられない？

胃ろう？　経口摂取？



11

07.04.01.
読売新聞

医療ルネサンス　No4073

「はい、ママ」

初春の日が差し込む東京都渋谷区のマンションで、認知症の村井晟子さん(72)の食事が始まった。夫の良さん(70)が、晟子さんの胸部に開けた胃ろうの受け口に、天井からつるした栄養剤のチューブをつなぎ、胃に直接、栄養を注入する。晟子さんは良さんの声に、柔和な表情を浮かべた。

晟子さんが胃ろうをつくったのは、自宅での寝たきり生活が4年目に入った2005年7月。かんだりのみ込んだりする力も衰え、体重が4キロも減っていた。

良さんは、ちぎったトーストを牛乳に浸したり、おかゆの味を変えたりし、数時間かけて食べさせたが、一部が肺に入り、誤嚥性肺炎になってしまった。胃ろうをつくることには抵抗があった。しかし、その効果は大きかった。

胃と腹部の皮膚に穴を開け、長さ約3センチ、直径約5ミリのチューブでおかゆや薬、栄養剤を直接胃に送る手術は約30分で終わる。1日3回、1度に200ミリ・リットルの液状の栄養剤を1時間余りかけて入れるのに比べて苦痛が少なく、自分で引き抜く心配もない。

晟子さんの栄養摂取はみるみる良くなり、美容院でパーマをかけた。「髪の太さが戻ったね」と励まされた晟子さんは「口から食べる楽しみを残してあげたい」という思いを強くされなかった。

昨年4月、おかゆなどを口から含まされた結果、晟子さんが再び誤嚥性肺炎になり、一時、危篤状態に陥った。専門とする歯科医、菊谷武さん(43)の指導を受けた良さんは、専用の内視鏡などの状態を調べさせ、歯の動きが滑らかになるように、食べ物が口の奥に入りにくかった。食べ物を落ちやすくするため、晟子さんは上体を直立からやや倒し、頭の後ろに枕を入れてあごが引けるようにした。

アドバイス、「食事は意識がはっきりしている時に」と指示した。

良さんは毎日、チョコをひとかけらずつ晟子さんの口の中に入れ、舌の動きを観察。食事や歯磨きの刺激で晟子さんの飲み込む能力が高まり、1日10回は行っていたタンの吸引も先月からはほとんど不要になった。

苦痛の少なさ、衛生管理の容易さなどから、胃ろうは口から食べることが難しい人の栄養を支える一般的な医療になった。在宅での胃ろうのあり方を模索する。

苦痛少なく栄養状態改善

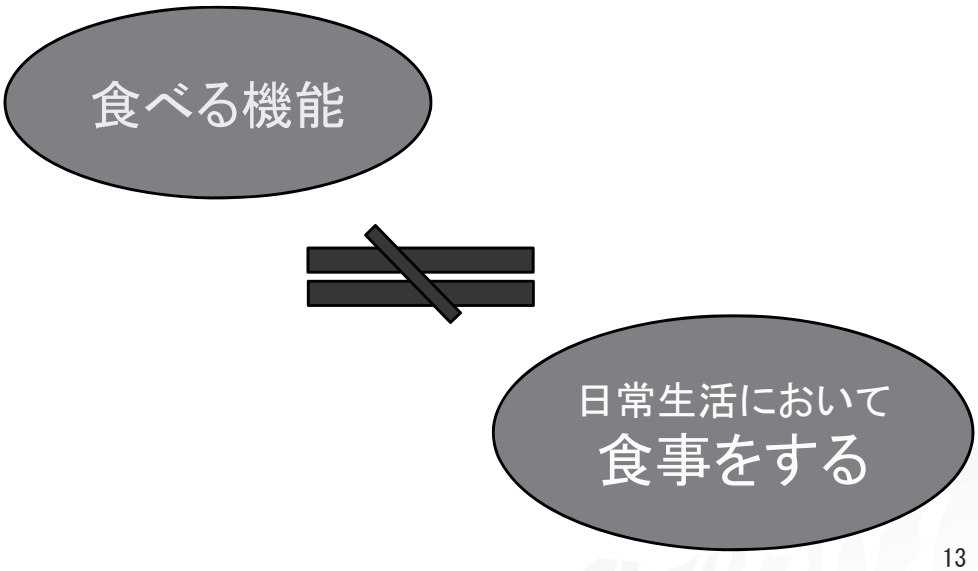
妻の晟子さんにゼリーを与える村井良さん

胃ろう　自力で食事をのみ込む力が衰えた人などが、必要な栄養や水分、薬剤を外から投与するため、胃につくった穴のこと。2005年度の胃ろう造設キットと交換用チューブの出荷数は計約42万8000個（矢野経済研究所調べ）。この10年で10倍以上に増えている。

ご意見・情報を　〒100-8055 読売新聞東京本社医療情報部 FAX03(3217)8985 iryou@yomiuri.comへ

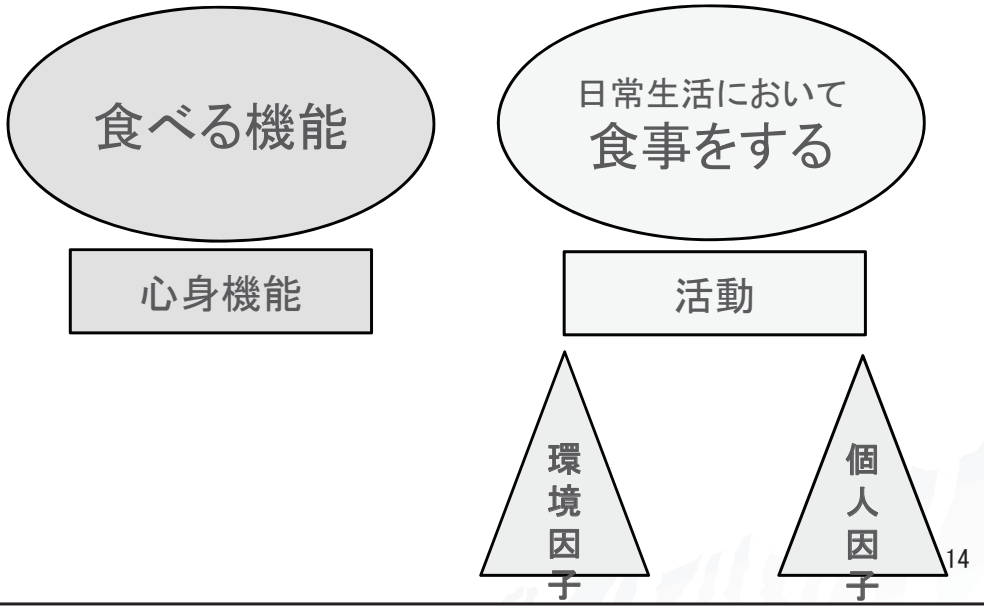
12

口からたべられる？
たべられない？



13

口からたべられる？
たべられない？



14

咀嚼　嚥下
を考える

15

口は栄養の門番である

きんさん、ぎんさんの　不思議？

16

きんさんぎんさん長寿の食事
百六歳のでぁあうつこうぶつ
（新潮文庫）

17

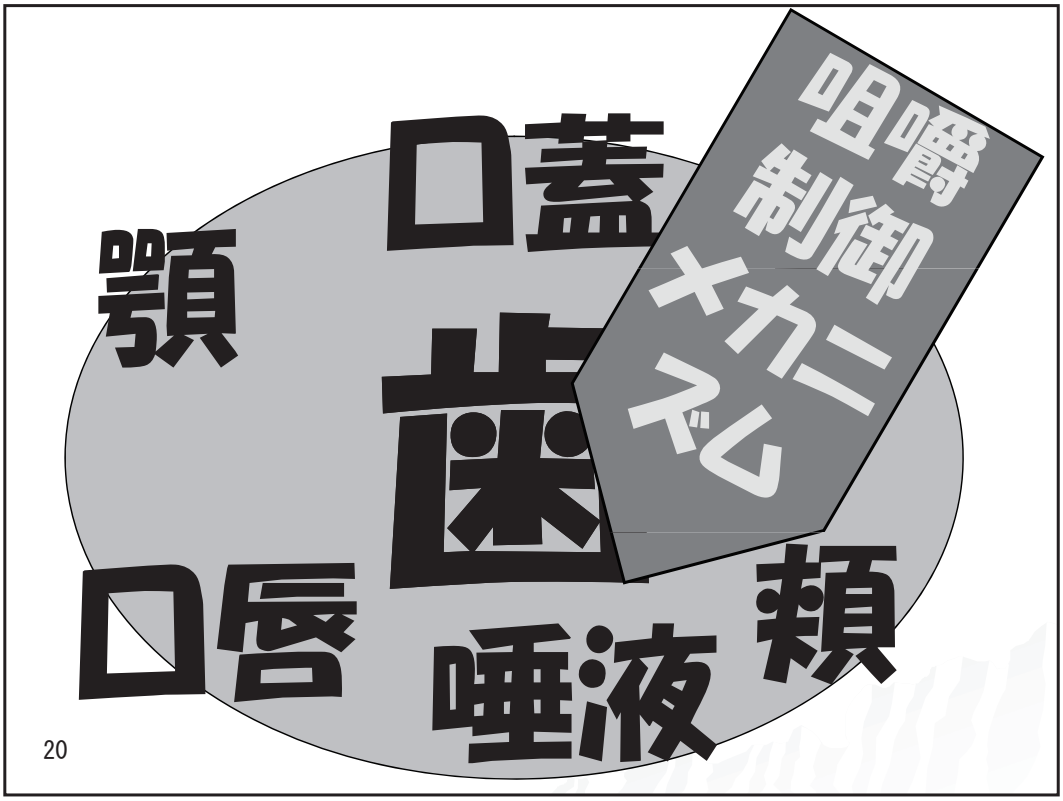
義歯を作れば、形あるものが食べれるようになるだろうか？

18

咀嚼器官とは？

歯

19



20

器質性咀嚼障害

咀嚼器官の欠損によって起こる咀嚼障害

歯の喪失

義歯の不適合etc.

21

運動障害性咀嚼障害

kikutani et.al.odontology 2009

咀嚼に関与する神経や筋肉の障害、口腔失行、前頭葉症状などによって起こる咀嚼障害

加齢

脳血管障害

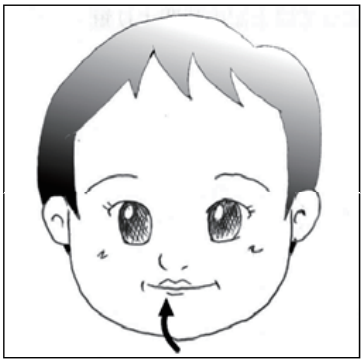
神経変性疾患

筋疾患 認知症etc.

22

食べ物の性状に応じて口を動かす

ペースト食を食べるために必要な動き

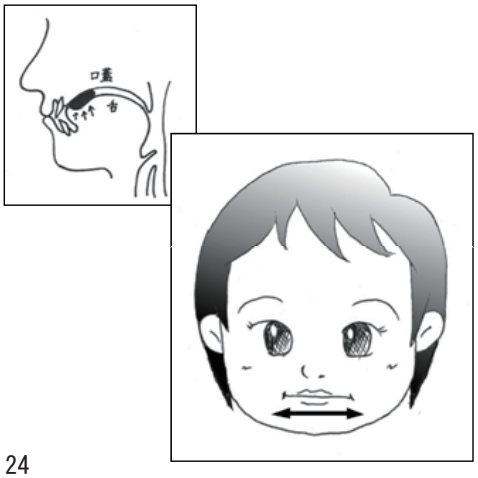


・顎は単純な上下運動
・下顎は舌の動きに連動した上下の動き
・口腔内で食物をつぶす動き、食物を歯の上に乗せる等の複雑な動きはない

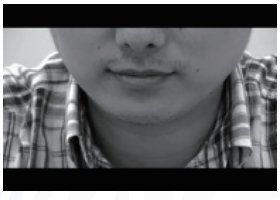
23

食べ物の性状に応じて口を動かす

押しつぶしの必要な食品，やや咀嚼を必要とする食品を食べるときに必要な動き



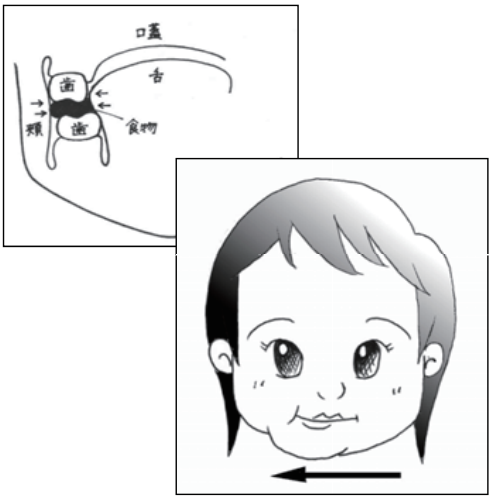
・顎は単純な上下運動（押しつぶし）
・左右の口角が同時に伸縮する
・下顎や舌はやや側方の動きをする



24

食べ物の性状に応じて口を動かす

咀嚼を必要とする食品を食べるときに必要な動き



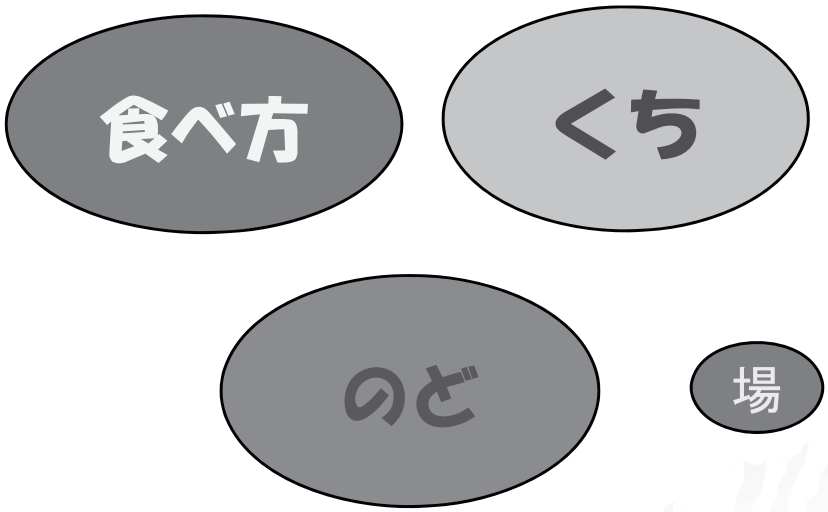
・下顎が咀嚼側に偏位し、顎と舌が左右に動く
・舌は食物を咀嚼側に運ぶ
・口唇がねじれるような動き
・口角は咀嚼側が引ける

25

さきいか　試験

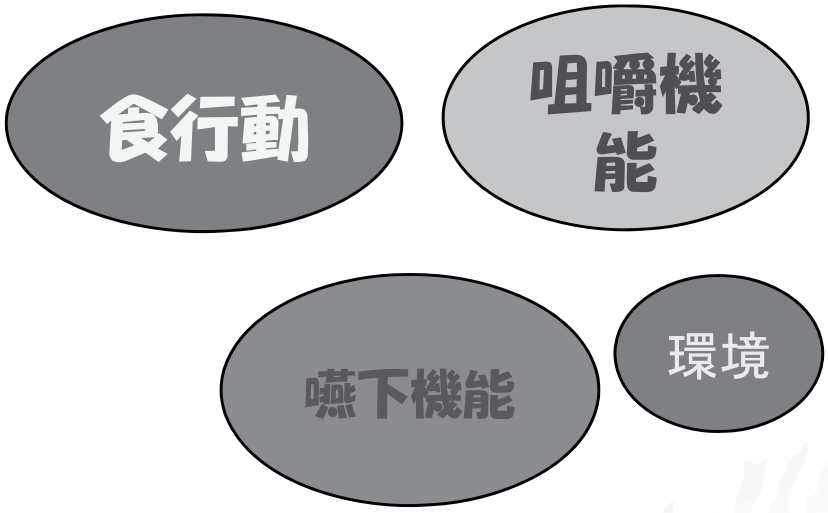
26

摂食・嚥下機能評価のイメージ



27

摂食・嚥下機能評価のイメージ



28

必要栄養量に基づいた栄養計画！

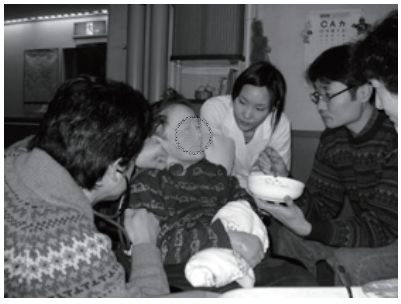
摂食機能に基づいた栄養計画！

ギアチェンジ

ソフトランディングを目指す

29

ミールラウンド
摂食機能の外部評価

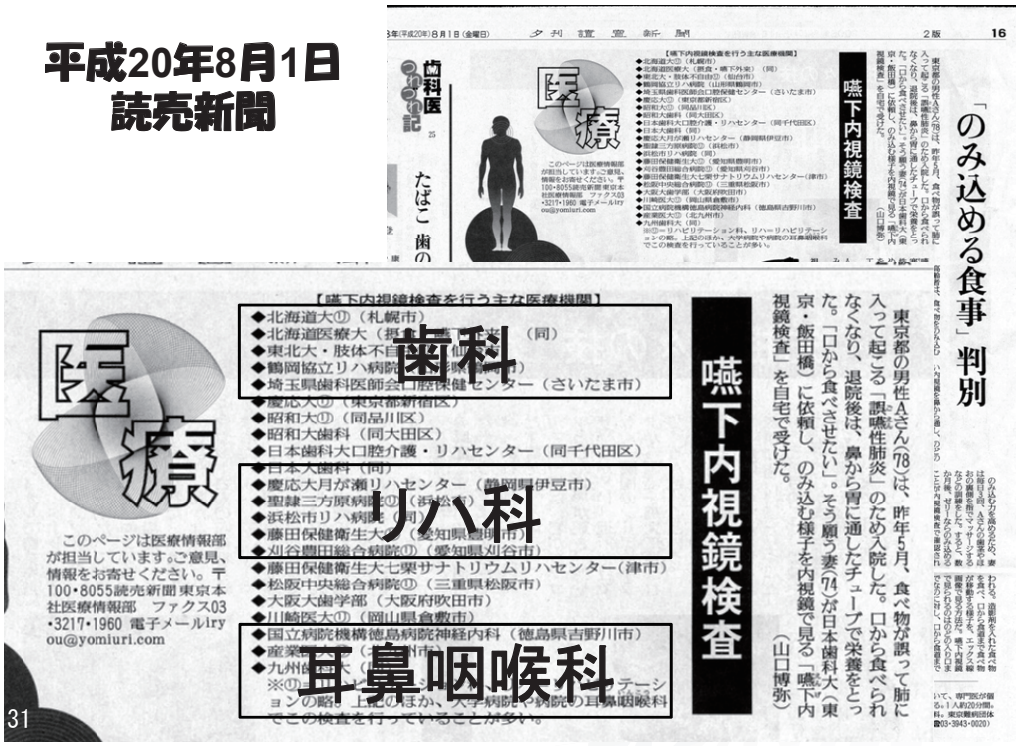


頚部聴診法
（スクリーニング検査）

嚥下内視鏡検査

30

平成20年8月1日
読売新聞



「のみ込める食事」判別

嚥下内視鏡検査

東京都の男性Aさん(78)は、昨年5月、食べ物が誤って肺に入って起こる「誤嚥性肺炎」のため入院した。口から食べられなくなり、退院後は、鼻から胃に通したチューブで栄養をとった。「口から食べさせたい」。そう願う妻(74)が日本歯科大(東京・飯田橋)に依頼し、のみ込む様子を内視鏡で見る「嚥下内視鏡検査」を自宅で受けた。(山口博弥)

【嚥下内視鏡検査を行うまな医療機関】
◆北海道大①(札幌市)
◆北海道医療大(同)
◆東北大・肢体不自由①(仙台市)
◆鶴岡協立リハ病院(山形県鶴岡市)
◆埼玉県歯科医師会口腔保健センター(さいたま市)
◆慶応大①(東京都新宿区)
◆昭和大①(同品川区)
◆昭和大歯科(同大田区)
◆日本歯科大口腔介護・リハセンター(同千代田区)
◆日本大歯科(同)
◆慶応大月が瀬リハセンター(静岡県伊豆市)
◆聖隷三方原病院①(浜松市)
◆浜松市リハ病院(同)
◆藤田保健衛生大①(愛知県豊明市)
◆刈谷豊田総合病院①(愛知県刈谷市)
◆藤田保健衛生大七栗サナトリウムリハセンター(津市)
◆松阪中央総合病院①(三重県松阪市)
◆大阪大歯学部(大阪府吹田市)
◆川崎医大①(岡山県倉敷市)
◆国立病院機構徳島病院神経内科(徳島県吉野川市)
◆産業医大(北九州市)
◆九州歯科大(同)
※①=リハビリテーション科、リハーリハビリテーションの略。上記のほか、大学病院や病院の耳鼻咽喉科でこの検査を行っていることが多い。

このページは医療情報部が担当しています。ご意見、情報をお寄せください。〒100-8055読売新聞東京本社医療情報部 ファクス03-3217-1960 電子メールiryou@yomiuri.com

歯科
リハ科
耳鼻咽喉科

31

検査機器を用いた検査法の比較

	嚥下造影VF	嚥下内視鏡VE	超音波検査US
検査可能な領域			
準備期	○	×	○
口腔期	○	△	○
咽頭期	○	○	△
食道期	○	×	×
X線被爆	あり	なし	なし
検査場所	放射線管理区域内	ベッドサイド可能	ベッドサイド可能
患児の苦痛	なし	内視鏡挿入時の不快感	ほとんどなし
検査材料	造影剤を混和する	通常の食物が使える	通常の食物が使える
誤嚥の同定	○	△	×
欠点	X線の被爆がある	嚥下中の評価困難	誤嚥の評価ができない、食塊を捕らえることが困難、検査者の熟練度が重要
利点	誤嚥の評価に最適 摂食の全過程が観察可能	咽頭腔の状態を直接観察可能、唾液誤嚥の評価 咀嚼の評価が可能！	舌の運動評価に優れる

32

嚥下内視鏡検査の特徴

利点

- **在宅での評価**
  - **生活の場で**
  - **検査食を普段の食事から選択できる**
- **被爆などの**
- **唾液などの貯留**

環境因子を捉えることができる

誤嚥性肺炎のリスクを捉えることができる

感が全くないわけではない（検査の意義が分からない方にはできないこともある）

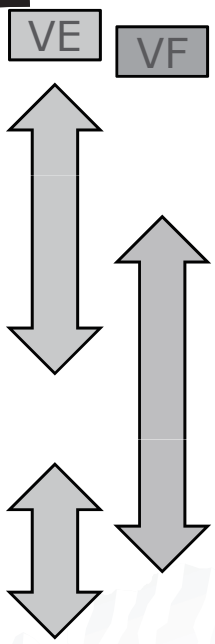
根部、咽頭、喉頭の評価中心となる

捕食から咀嚼、移送、嚥下、食道通過といった一連の流れとして捕えられない

33

VFとVEの守備範囲

		食事
誤嚥なし	7 正常範囲	常食
	6 軽度問題	軟飯・軟菜食など 義歯・自助具の使用
	5 口腔問題	軟飯・軟菜食・ペースト食など 食事時間の延長 食事に指示、促しが必要 食べこぼし、口腔内残留が多い
誤嚥あり	4 機会誤嚥	嚥下障害食から常食 誤嚥防止方法が有効 水の誤嚥も防止可能 咽頭残留が多い場合も含む
	3 水分誤嚥	嚥下障害食 水を誤嚥し誤嚥防止方法が無効 水分に増粘剤必要
	2 食物誤嚥	経管栄養法
	1 唾液誤嚥	経管栄養法



摂食・嚥下障害の臨床的重症度に関する分類（才藤）

34

在宅歯科診療における嚥下内視鏡検査の活用

家族、看護スタッフ、栄養士など関連職種と情報をその場で共有できる

35

「食べること」を支援するための口腔・嚥下機能の評価と栄養ケアチーム

日本歯科大学院生命歯学研究科　臨床口腔機能学教授　　菊谷　武

１．「食べること」を支援するための口腔・嚥下機能の評価と栄養ケアチームについてお話をいたします。

２．　これは、北海道での大規模調査結果ですが、北海道全 580 病院のうちの 505 病院、介護福祉施設 270 施設のうちの 261 施設を対象に調査をして、摂食･嚥下障害を有する患者数は、34,849 人と推計されました。恐らく、これを超える規模の調査は無いと思っていますが、要介護認定者がこの対象者全てとしたら、18%、約２割の方が嚥下障害を持っていることになります。

３．そこで、問題は、このような摂食･嚥下障害患者は一体どこにいるのかですが、この富士山の頂上にあたる急性期病院、リハビリテーションを積極的に行う回復期リハビリテーション病院、さらに、介護保険施設や在宅までさまざまな場に、嚥下障害を持っている人たちがいることが、この調査から分かりました。急性期病院と回復期リハビリテーション病院に約１万４千人が､そして介護保険施設と在宅に 6,000 人と 14,000 人という具合で、その裾野は広いということになります。

４．　全国推計してみますと、2006 年要介護認定者約 430 万人の約２割として、約 80 万人が、日本中で摂食・嚥下障害を持っている人ということになります。

５．この人たちをいかに支えるかということを考えてまいります。嚥下障害を持った人たちを支えると一口にいっても、そう一筋縄にはいきません。その一つの原因には、嚥下障害を持っている人たちが動くことがあります。介護保険施設にいたら、ずーっと介護保険施設にいるわけではなく、あるときには肺炎になって入院をしてしまう、それでは、入院先の病院では、嚥下障害への対応はどうなっているのかということになります。介護保険施設において、専門職が皆で一生懸命支えていた人が、残念ながら肺炎になり入院して、数カ月経って帰ってきたら、確かに肺炎は治ったけれども、嚥下障害はもっと悪化してしまった。なぜなら、入院中はほとんど点滴ですから、低栄養の状態はすすみ、筋力が低下して、さらに嚥下障害は重度化してしまうわけです。

病院から肺炎治ったよと帰されても、介護保険施設の皆さんが、どう対応したら良いでしょうか。「病院では、粥、刻み食、を食べていたという情報はあったけど、この状態で本当に食べていたのかしら」と思うような形で帰されているわけですね。

私たちも、大学病院に勤めていながら、特別養護老人ホームや老人保健施設へ訪問診療して、入所者の摂食・嚥下障害の評価をさせていただき、施設の看護師、管理栄養士、介

護職等と一緒にチームを組んで一生懸命支援してますが、肺炎になって入院したら、すぐ胃瘻と言われて帰ってきたとか、肺炎治ったからといってそのまま施設に帰さないで、病院で脱水や栄養状態も改善してから帰してくれないと、施設では医療的なケアはできないわけですから、また、肺炎になる可能性があるのにね・・という話をよくしていました。たとえば、家族や本人の説得や、食形態を安全なものに変えたかったが、残念ながら間に合わなくて肺炎になったけれど、もう少し頑張って経口維持できた人に、いきなり病院で胃瘻を提案されると、なんてことしてくれるんだって思っていました。

最近では、回復期リハビリテーション病院や、一般病院からも、嚥下の評価を頼まれるようになって、病院では患者を受け入れて帰している介護保険施設のことを全く見ていないということがわかりました。病院の先生に「この方、どこから来たんですかね？」、「ああ、この人ね。この老人保険施設のあの裏のなんとかっていう」、「先生、そこはどうですかね、嚥下障害への対応を頑張れてる所ですか？」、「さあ、分からんな」、「管理栄養士はどうでしょう？」、「どうだろうね・・」という具合なわけです。

病院の管理栄養士に聞いても、「ねえ、ここの管理栄養士さん知ってる？」って。「知りません」って。「どのぐらい頑張れるチームを持っているのかな？」、「さあ」、「じゃあこの人、どこまで食べさせたら、帰したらいいのかね？　肺炎治して帰すだけでいいの？　それとも、ある程度食べれるようになって初めて帰せる人なんだろうか？」。

つまり帰さなきゃいけない先が、どの摂食･嚥下障害の高齢者に対する「食べること」への支援についてどの程度のレベルの思いと、マンパワーと、力を持って実施しているのかどうかは、病院側からちっとも見えないということに気が付きました。第三者として施設側から見ても、または第三者として病院側から入って見ても、やはりお互いがよく見えてないということが、わかったのです。

摂食・嚥下障害の人たちが地域で動いていく場合に、急性期の病院と回復期の病院、回復期の病院と維持期の病院、または回復期の病院と老人保険施設、老人保健施設と特養、特養と在宅、老人保健施設と在宅の専門職の間では、お互いに何も顔が見えてないんですね。あそこにいったい誰がいるのか、どんな人が頑張っているのか、分からないということに気が付きました。

たとえば、私たちが勤務する付属病院自体は東京都の飯田橋ですが、周りには急性期の大学病院ばかりありますが、いわゆる老人病院とか介護保険施設とかは非常に少ない地域です。特養の入所者ですと、４～５つもの病院に入院して行きますし、病院側から言えば５施設、10 施設と沢山の施設から患者が肺炎で入院してくるという形なので、お互いによく見えていないという、連携のとりにくい実態があります。だからといって、諦めるわけにはいきません。なるべく切れ目の無い施設間での職種連携を取っていかないといけません。

食形態の呼称一つ取ってもバラバラですし、とろみの付け方にしても、「中トロ」「マヨネーズ状」「ソース状」などと表現しますが、ソース状は、ウスターソースなのか、トン

カツソースなのか分からないし、中トロがあるんなら、大トロもあるのかなとか思ったりします。

６．ここに、誤嚥した高齢患者の原因についてのデータをお示しします。基本的な病気は、認知症、脳卒中、廃用症候群、パーキンソン病などです。誤嚥は喉で起こる出来事ですから、「嚥下障害は、喉が悪いから起こるんでしょ？　なんで歯医者が嚥下障害を問題にしているの？」とよく言われますが、果たして喉が悪いから窒息するのでしょうか？　喉が悪いから誤嚥するのでしょうか？　確かに喉が悪くて誤嚥をおこすケースありますが、喉と口が悪くて起こしてるケースもあれば、または喉は悪くなくて口が悪いことによって誤嚥をおこしているケースもあります。ですから、誤嚥や窒息は確かに喉で起こりますが、喉だけが原因で起こっているわけではないことを知っておかなければいけません。

このデーターでは、口が問題で、誤嚥を引き起こしているケースが、８割も存在しているということになります。喉の中では何が起こっているかは、想像するのは難しいかもしれませんが、口の中で何をしているかは、皆さんの目で見ることができるはずです。もっと口の動かし方や口の問題を見ることで、防げる誤嚥や窒息もあるということが、このデータからも分かります。

７．窒息は、日本人の死因の第５位である不慮の事故のトップで、第４位は肺炎ですが、肺炎の多くは、誤嚥性肺炎ともいわれています。これも嚥下障害に関与しているものですが、第５位の不慮の事故のうちのトップ、交通事故、溺死など全部含めても窒息事故がトップということが知られています。

交通事故死よりも、この国では多くの人が食べ物を喉に詰まらせて亡くなっている。日本も高度成長期には、交通戦争というくらいで年間２万人もの人が交通事故で亡くなった時代があったようですが、もう今は５千人を切っています。一方、窒息事故は、年々増え続けて、５千人を超えているということです。

交通事故は、新聞紙上を賑わし、ニュースにもなります。そのために、シートベルトの後部座席義務化とか、酒酔い運転の厳罰化など制度化されています。しかし、窒息事故は、「どこの町で、あのおばあちゃんが、なんか食べ物を喉に詰まらせて亡くなったらしい」、ということはニュースにもなりませんね。

窒息事故については、一年に１回、１月４日の朝刊を調べると、今年の餅による事故は何件、そのうち何人が亡くなりましたと小さく新聞に載りますが、誰も気を付けるようにはならないですね。

最近、窒息事故については、こんにゃくゼリーで大騒ぎをしましたが、あの時も、NHK を始めとして、たくさんの取材を受けました。なんと年間５千人以上の人が食べ物、喉を詰まらせて亡くなっているという実態を、もっと宣伝してもらえると、気をつけるきっかけになると思いました。NHK が私のことを１週間密着取材してくれましたが、どうもプロデュ

ーサーと話が全くかみ合わないんですね。彼らは、なぜこんにゃくゼリーで人は窒息するかとに興味があって、「先生、まあその年寄りの話はいいですから、例えば、こんにゃくゼリーが喉に詰まる瞬間なんていうのが、先生のお得意の内視鏡とかで写すことはできませんか？」と１週間追いかけられた揚げ句、電話一本で「先生、申し訳ありません」と番組は打ち切りになりました。原因を食品のせいにしては、原因を見誤ってしいます。その食品を食べてはいけない機能を持っている人が、その食品を食べるから、問題だということであって、その食品の物性を知り、その人の食べる機能を知っていなければ解決にならないのです。

８．特別養護老人ホーム 12 施設 486 名の入所者の３年間のエンドオブポイントを窒息事故とした追跡調査において、どういう人が窒息して、その窒息した人はどんな状況だったのか、奥歯にかみ合わせがあったのか、入れ歯を入れていたのか、嚥下障害の程度はどうなのか、認知機能はどうなのか、ADL はどうなのか、自分で食べていたのか、どんな薬を飲んでいたのかというような問題を検討しました。437 名のうちの 51 名の窒息事故が報告されました。もっと本当は多かったのかもしれませんが、転倒事故と比べて把握が困難という状態があります。食事中に急変して、看護師が対応して入院させら、肺炎と診断された場合には、「え、何が起こったのだろうね、食べている最中に？」、「さあ、急変です」とかいう具合で、なんだか分からない場合もあります。食べ物、喉に詰まらせたんじゃないかと思っても、窒息事故として処理をされないから、施設の中でフィードバックが働かないですね。何がいけなかったんだろう、食事がいけなかったのか、本当にその日のちょっとした体調の変化なのか、というようなことが、振り返りがされないので、窒息事故として上がってこないかもしれない。

この窒息事故の 51 人の方の状況は、奥歯のかみ合わせが自分の歯でない人、または入れ歯を入れてない人が、しっかり自分の奥歯で噛んでいる人に比べて、約４倍の割合で、そして、認知機能低下者は、認知機能が維持している人に比べて、約３倍の割合で、自分で食事を食べている人は、食事の自立をしている人は、人に食事介助をされている人に比べて約３倍の割合で窒息事故を起こしていました。ですから、咀嚼機能は大事です。

一方、認知機能が低下している人では、食べ方のコントロールできないので、口の中にいっぱいになっても、詰め込んでしまう、むせながらでも、次の一口を詰め込んでしまうような場合がよく見られます。そういう人たちは、やはり窒息事故を起こす。食べ方がコントロールできないということは、自分で食べているということなんですよ。自立支援という言葉があって、なるべく自分で食べてもらいたい、その気持ちは分かりますが、果たして 40 分、50 分、必死に食べさせて、もう疲労困憊、こんなになってまでも自分で食べさせる必要があるのかどうかですね。

真の食事の自立とは、咀嚼機能、嚥下機能を自ら理解して、食べ方を変えられる人の場合です。その日の提供された食べ物がちょっと固めだったら、いつもよりもたくさん噛ん

だり、ちょっと小さめに切って、少しずつ口の中に入れることができること、そして、時には、「こんなの食えるか」と吐き出すことができないと窒息事故を起こすことになります。自立支援の名の下に、なんでもかんでも本人がやることだけが良いことだというのも、やはり考えどころかなと思います。

９−１０．自分の奥歯でかんでいる人は、３年間で５％しか窒息事故を起こしていなかったのに、一方では、かみ合わせが無いのにもかかわらず、入れ歯を入れてなかった人は20%も窒息事故を起こしていました。入れ歯で回復すると、その窒息事故の危険率が半分になっていました。

１１．２つの映像をお見せします。これは、嚥下内視鏡検査の映像です。初めて見る方もいらっしゃるかもしれないので、簡単に解説すると、鼻から内視鏡を入れて、喉を直接のぞき込みます。鼻からチューブが入ってファイバーが入っているため、口はフリーです。つまりそのまま食べることができます。これは、喉ちんこを上から見たところです。舌の奥ですから、食べ物は手前から入ってきて、後ろ側の食道に入ります。大きく口を開けて待っているのは気管です。喉の中で常に口を開けているのは、気管で、食道ではありません。だから飲み込むときには、必ずこの気管を一瞬閉じなければいけません。

食べ物が入ってきて、ごっくんと、何も見えなくなった瞬間が飲んだ瞬間。飲んだ後に、食べ物がこの気管の中に入っているか、喉の中に残った食べ物は無いかということを評価をしていきます。

２人目の方の映像です。お粥を食べています。お粥がつるつると入って、今、ぽこっと出てきましたね。もう１回見ましょう。お粥を食べていて、のどにつるつると入り、気管に入ってしまいましたので、誤嚥です。しばらく待っていると、咳が出ました。咳が出てよかったですが、あのまま入って知らん顔されていたら非常に怖い感じがします。

次のお２人は在宅患者の方ですが、どちらの方が摂食嚥下機能が高いでしょうか？　間違いなくこちらの方ですね？　さあ、どちらが胃瘻だったでしょうか？　どちらが自分の口で食事をしていたでしょうか？　まるで、逆なんですよ。

１２．　在宅ではこんなことは日常茶飯事です。誤嚥しながら、むせながら、食べ続けている人。一方で、どうしてこの人が胃瘻なの？　という人もたくさん出会います。われわれが関与していくと、胃瘻でも食べれる人が沢山いるんですね。元から食べられた人なわけです。残念ながら、胃瘻した時にはその必要性があったのだと思いますが、その方が半年後も１年後も３年後も胃瘻が必要かどうかは誰もわからない。誰も評価してくれていないというのが現状ですから、先ほど申し上げたように、胃瘻が入ったことによって、栄養状態がよくなって、筋力が付いて、歩けるようになって、歩けるようになるぐらいだから、喉の筋肉も付いて、覚醒レベルも上がって、食べられるようになる人はいっぱいいます。

１３．　このような在宅にいる胃瘻の人たちに摂食･嚥下状態の再評価が無いということが問題なのです。もちろん施設でも同じようなことが起こっています。本人の食べる機能と、その人が今食べているかどうかっていうことは、全く別の話に現状ではなっているということを知っておいていただきたいです。

逆に言えば、嚥下機能のレベルがかなり低下していても、全量摂取が目的で食べているような人たちもいます。そういう人たちも、何とかしないといけないのです。食形態の工夫や、一部経管栄養を導入しなければいけない人たちもいるはずです。

１４．　なぜそんなことが起こっているのでしょうか。長い間、摂食・嚥下機能の再評価を受けてないというのもその理由ですが、もう１つ大きな理由が考えられます。それは ICF の分類から考えてみてもお分かりだと思いますが、食べる機能というのは、心身機能という分類に入ると思いますが、日常生活において食事をするということが、活動の分類に入ってきます。日常生活において食事をするという活動は、環境因子、個人因子の影響を強く受けます。つまり、どんなに嚥下機能のレベルが低くても、その人を支えている場所やその人を支えている力があればよい状況に保てる。

例えば、私たちが在宅訪問して嚥下機能の評価に行くと、真ん中にお年寄りがベッドで寝ていて、「ああ先生、お待ちしてました。管理栄養士の何々です」、「私、ST の何々です」、「あ、私、看護師です」とか、「介護支援専門員です」とオールラインナップ揃っています。私たちが評価していると、もう横から ST は自分が何をしなきゃいけないかメモを取りだすし、管理栄養士も食形態のイメージが湧いていて、看護師も、医師にどんな報告しようかとペンが走りだしている音が聞こえる。そんな所で生活をしているお年寄りは、本人の嚥下機能や咀嚼機能が多少悪くったって、いつもまでも口から食べていくことはできます。どのぐらいの支える力があるかということです。

一方、こんなケースもあります。介護支援専門員と在宅に訪問し、摂食･嚥下機能の評価後、こんな食形態、こんな姿勢、そしてこんな食べさせ方をすれば、今の嚥下機能は悪いが、まだまだ食べられると思って、介護支援専門員さんに、「この人普段、誰に食べさせてもらっているの？　誰が食事作っているの？」って言ったら、「先生、あの、隣の部屋で寝ているおじいちゃんですよ」なんて言われて、「ええ、こんなに大騒ぎしているのに、おじいちゃん、起きてもこないよ」、「おじいちゃんの認知症も結構きつくて、配食サービスを取ったら、おばあちゃんの口の中どんどん放り込んで。もう怖くてたまりませんよ」と言われる・・。こうなると、先ほどの頭の中の計画は、諦めざるを得ないですね。おばあちゃんがいくらある程度の嚥下機能や咀嚼機能を持っていても、いつでも窒息しますよ、いつでも肺炎になりますよという状況になります。

本人の食べる機能と日常生活において「食事をする」ということとイコールにはならない、周りの環境に極めて影響を受けるということです、本人が食べていけるかどうかは、その人をどう支えられるかに掛かっていると考えていいと思います。もちろん、きょうお集

まりの皆さんが、その支える環境因子のうちの重要な因子であるということは間違いないことです。もちろん、私も含めてです。

高齢者が皆さんの施設に来たから、その人が「食べられる」といえるか。「ああ、うちに来ちゃったから、この人もうだめね」というような施設にお勤めではないですね。あなたたち自身が、その環境因子の一こまであることを、是非、ご理解いただきたいと思います。

１５-１６．　次に咀嚼についてお話をさせていただきます。きんさん、ぎんさんの２人です。

きんさん、ぎんさんは、歯は合わせて何本あったか、ご存じですか？　２人合わせて、歯は３本しか無かったのです。きんさん０本、ぎんさん３本。おまけに２人は入れ歯を使ってなかった。そして 106 歳までお元気でした。「テレビに出てくるときぐらい入れ歯を入れて」と多くの歯科医師が言ってたんですが、歯茎丸出しで笑ってたわけですから。

１７．　きんさん、ぎんさんは、どんな食べ物を晩年食べられていたんでしょうか。ミキサー食でしょうか、刻み食でしょうか、ソフト食？　とんでもないです。お示したように立派な形のあるものを食べられていました。

さっき、歯があったほうが窒息事故を起こさないと言いましたが、皆さんも、では果たして、きんさん、ぎんさんはなぜ、歯が無くても、入れ歯が無くても、こんな食形態を食べられたのかどうか、説明をしていかないといけないです、ご家族に、国民に。なんと説明をしたら良いでしょうか？　皆さん自身もぜひ、その、ある程度の回答を持っていっていただきたいと思います。

１８．　ここにお示した映像のような方が施設にいらっしゃったとします。私たちが訪問診療すると、家族が「先生、うちのおばあちゃんに入れ歯を作ってくれ」と言うんです。一見して歯が無くて、そして入れ歯を入れていません。そのため、ミキサー食を召し上がっている。では、歯医者が入れ歯を作れば、この人の食形態は上げられるでしょうか？無理だと思う人、はい、約８割ですね。あとは、わからないという方と入れ歯を作れば食形態をあげられるという方ですね。

１９．　そうですね、もちろん歯は重要です。

２０．　しかし、歯以外の、これらの咀嚼器官が、協調運動をして、初めて咀嚼運動だといえるわけです。歯だけが咀嚼を支えるキーワードではないということは、間違いないですけども、舌、唇、頬がその食べ物を食べるに値するだけの運動をしているのかどうかが咀嚼の評価をするときには、見ていかないといけないということです。先ほどの映像のお

ばあちゃんの、お口の動きは、果たして咀嚼の動きだったのだろうかということをですね。

私たちの外来に来たこの方は、普段はこんなものを食べてますと持参されたのは、肉じゃがとシャケ、そして卵焼きにごはんです。いわゆる普通食という状態でした。ご家族と同じもの、を召し上がっているということでした。では、いつものように食べてみてください、というふうに、申し上げたところ、映像のような動きでお食事をされていました。さあ、どうでしょう。これは、食べれる口の動きでしょうか。怪しいと思いながら、口の中を拝見すると、口の中は食べ物でいっぱいです。送り込めてないばかりか、噛めてもいないです。なんとお話をうかがうと、一食あたり、食事に２時間もかかるといいます。２時間かかって食べても、充分食べきれずに、月々体重が減少しているというお話でした。

また、テーブルの奥さまと２人の間にはビニールシートが周りにひいてあって、なぜかというと、食べている途中にむせて絨毯をよごしてしまわないように・・。この方にとって、ミキサー食はとても難しいと思いますが、ご自身の歯は、充分に備わっている方でした。

２１．　咀嚼障害を考えてみると、歯が無くて起こる咀嚼障害を、器質性の咀嚼障害と私たちは呼んでいます。つまり入れ歯が合わない、歯が無いということによって起こる咀嚼障害ですから、歯医者に行けば治ります。痛い歯を治療してもらって、入れ歯を作ってもらって、合わない入れ歯の修理をしてもらえれば治ります。元気な高齢者の咀嚼障害は、恐らく９割９分はこのような器質性咀嚼障害です。

２２．　しかし、私たちが常に対応している咀嚼障害は、運動障害性咀嚼障害です。噛むために必要な、舌や、唇や、頬や、軟口蓋などの動きが、充分に動かないことによる咀嚼障害です。その原因は、例えば、口腔失行、前頭葉症状、または、血管障害による麻痺などによる起こる運動障害によっておこる咀嚼障害です。入れ歯を作っても、残念ながら咀嚼障害が治すことができないのがお分かりいただけると思います。

２３−２５．　人は、食べ物の形や大きさに応じて口の動かし方を変えます。映像にある彼は固いせんべいを食べています。せんべいをかみこなすために、下顎は横に動き、舌も食べ物を歯と歯の上に持っていくために、右でかもうとする人は、右側に顎が動きますし、舌も右に動き、右の口角が内側に引けるというような動きをしてまいります。

では、映像の彼ですが、ミキサー食、ムース食を食べるとどうなるかというと、口の動きはその食べ物に応じて動かしますから、むにゃむにゃごっくんですね。決して下顎は横に動かないし、舌も横に動かないし、口角も引かれることは無く、引かれている口角は、左右同時に引けると、つまり舌は口の中で、前後、前後に動いています。

お粥を食べると、ちょうど先ほどの固いせんべいとムース食の間のような動きをします。やや横に動くような動きはしますが、それほどたくさんのストロークを利用しないですし、まあ、６回、７回で嚥下に持ち込んでいるような姿が見えます。このように私たちは、食べ物の形や大きさ、固さ、さまざまな情報を脳で計算して、口の動かし方を変えています。

１８．　さあ、先の映像にもどりますが、このおばあちゃんがミキサー食をミキサー食を食べているときの動きを映像でお見せしています。この人に入れ歯を作ったら、果たして食形態があげられるでしょうか。もう一度お聞きします。どうですか？　歯医者に入れ歯を作ってもらったら、固い物が食べられるようになると思う人？はい、３人ぐらい。いやいや、噛めるようにはならないと思う人？はい、この映像だけじゃ分からないと思う人。そうです、これが正解ですよ。

この映像はミキサー食を食べている映像ですから、ミキサー食の口の動きしかしないんです。　いいですか、きょう、今、ヨーグルトを口の中に入れて差し上げたとします。みんなパクパクした動きしかしません。今晩からみんなミキサー食ですよとなれば、この映像のこの口の動きになります、横の動きが無くなりますので、咀嚼の動きができないないと判断されます。

つまり、噛まなくてもいい食形態を食べさせている様子をいくら観察しても、その人が噛めるかどうかの判断は絶対にできません。かむ必要がない食品だからです。だからこのおばあちゃんのいくらミキサー食を食べているところを観察したところで、入れ歯を入れたときの姿や固いものを食べたときの姿は想像できないはずです。

ここが問題ですね。もちろん指示が入る人であれば、いろんな口腔機能の審査ができます。舌を前に出してみて、舌を左右にぱっぱっぱって動かしてみて、とか、上顎に付くとかで、このぐらい口が動けば、おしゃべりのときに口が動くんならば、合目的な動きができるのであれば、咀嚼機能はあると思いますが、認知症のある方はどうしましょうか。

最近では、オーラルディアドコキシネスといって、「ぱーぱぱぱぱぱぱぱぱぱ」って早く言っていただく方法もありますが、認知症で全然指示の入らない人に、ディアドコキシネスの数を数えたって、仕方がないわけです。

２５．　ピーナッツを食べているときの映像です。咀嚼ができる人というのは、ちょっとオーバーに動かしてもらっていますが、このような横の動きがあって、そして彼は歯があるから、固いピーナッツが食べられるということですね。

２６．　私たちは、さきいかを用いた試験を提案しています。固いものを食べさせてみようということです。固い食べ物を、そのまま口に中へ放り込んで失敗したら窒息の危険があるので、決してかみ切られなく、しかもある程度の長さがあり、危なかったら口から引っ張り出せるという感じですね。

この映像のおばあちゃんは、肺炎で入院していました。嚥下機能、咀嚼機能、を診てほしいということで、私たちのところへ依頼がありました。嚥下機能はOKで、食事を始められると、口の動きが良さそうだったので、もうちょっと食形態を上げられそうか、検査をしているという場面です。

ミキサー食よりゼリー食はOKだということは判断されています。口元に、このさきいかを取り込まれた後に、もしこの人がかめる人であれば、どういう動きをするでしょうか。または、もしこの人がかめない場合は、どういう動きをするでしょうか。すっと左側に持っていって、そして左側で、しごくように口を動かしているのが分かると思います。もしこの人がミキサー食なんて判断されたら、もったいないです。しばらく練習は必要かもしれませんが、目標は明らかで、かなり形のある物でいけそうです。すっと舌で歯の上に持っていくのが分かると思います。固いものが口の中に入ってきて、それを固いものだと判断ができて、しかもその判断に応じて口が動かせる人が、咀嚼ができる人です。この人は咀嚼ができる人なんですよ。だから、食形態を上げられるということですね。

同じように、入れ歯を入れてないけれども、うちのおばあちゃんもというので、さきいかを入れてみましたが、どうも食べ物の認知も怪しい。でもしばらくすると口が動きだして、「先生、先生、動きだした」って言うわけですよ。でも、この口の動きは、単純な上下運動、しかも非常に動きが弱いです。もし、この人に入れ歯を作ることができたとしても、決して食形態を形あるものにしてはいけない人だということが分かります。だから、固いものを口の中に入れて、初めて、かめるかどうかが分かります。

先ほどの、２時間かかる食事をしていた人の映像です、かっぱえびせんで検査をしてみます。うまく口で持っていけないもんだから、指で押し込んだ。指で押し込めば、奥歯にものを持ってけます。最初は２回、３回、かりっこりっていい音がする。お、かめるかな、ところがよく見てください。ぶふっとむせます。おお、これがビニールシートの原因はですね。

次に、もう１個口の中に入れるんですね。食べ方がコントロールできないわけですよ。ね、どんどん口の中に入れちゃうわけです。今むせているのに・・。この方の口の中を見てください、そのままかっぱえびせんが、ころころころころ転がっていくだけです。あの、かりっこりっと鳴ったあの音は、１回粉砕しただけのことであって、咀嚼はそういう動きではないんですね。

この人に先ほどのさきいか試験をやってみると、口元に入っても、ちょっと右に動かそうとする努力は見られますが、真ん中に戻ってきてしまいます。にっちもさっちもいかないわけですよ。先ほどのシャケごはんは、即刻ミキサー食にしないといけないということになりました。ミキサー食にしたら、翌週、「先生、おかげさまで 20 分で食事が終わるようになりました」。毎食２時間ですから、朝ごはんが食べ終わったら、昼飯だったわけですよ。昼ごはんのお茶わんを片付けながら、奥さんは夕飯を作って、夕飯食べ終わって、風呂入って、寝る時間は夜中の２時という具合で１日中食事をしていたんですね。ミキサー

食によって食事時間が 20 分になって、奥様は散歩に行く時間もできて、テレビを見る時間までできましたというお話です。本人の咀嚼機能、嚥下機能にあわせた食形態の提案がいかに重要かということです。もちろん全量食べられるようにもなりますから、栄養状態も、将来上がってくるでしょう。

２７．　私たちが、摂食嚥下機能の評価をするときは、この４つの視点です。１つは、その方はどんな食べ方をしているのか。固いものや軟らかいものを理解して、例えば、スプーンで大盛りなってしまっても、もう一回皿戻して、小さくすくい直すか、一口量を調整してスプーンで食べられるのか、または詰め込むような間違った食べ方をしないかどうかというようなことの評価が必要です。

もう１つ。その口は、どんな咀嚼機能を持っているかということです。固いものが入ってきたら、いつもよりもたくさん噛もうという動きをするのか、固いものが入ってきたら噛まなきゃいけないと十分な動きをするのか、軟らかいものは軟らかい動きで対応するのかということです。

そして、喉は、その食べ方や咀嚼機能に対して、バックアップしてくれるかどうかです。被災地の話が出てきましたが、今、被災地では、中学校、高校生はパン１個と牛乳１本だそうです。高校生の男の子は 40 秒で食事が終わるって言っていました。給食 40 秒。でも、多分嚥下機能が立派だからですよね。全然かまなくたって、ごっくんと飲める嚥下機能を持っていれば、多少食べ方が悪くったって、詰め込むような食べ方をしたって、咀嚼が悪くたって、丸のみできるんです。

でも、咀嚼機能が多少悪くても、逆もありですね。一生懸命咀嚼をして、口の中でミキサー食、ゼリー食が作れるぐらいの口を持っていれば、喉を守ることもできます。一口ずつゆっくり食べる。自分でごっくんしてからまた一口量食べられる、食べ方をコントロールできる人は、自分の喉が悪くても、これまた守ることもできます。

果たしてその人の喉は、食べ方の困難さをカバーできるのかどうか、その人の喉は、その口の動きの悪さをカバーできるのかどうか、その人の喉は、その口の動きの悪さをカバーできるのかどうか、逆を言えば、その口は、喉の悪さをどのぐらいカバーできるのかどうか、その喉が多少悪くたって、食べ方で調整できる人なのかどうかを総合的に判断していきます。

２８．そして、もう１つ、その人がどんな場で支えられているのかです。どんなサポートの下で生活されているのかっていうことも同時に評価をしていかなければいけません。

食行動、咀嚼機能、嚥下機能、そしてその人の支え、この４つの評価を基に、この人にはこんな食形態、この人にはこんな栄養管理方法、この人にはどんな食べていただき方、自立か、介助か、または栄養の投与のルートももちろん含めて、その判断がされると思います。

私たちは、嚥下内視鏡というのをよく使って、都内各地にお邪魔しています。管理栄養士、ST、看護師、介護支援専門員、家族、そして相談員、これ、お孫さん。なぜかおばあちゃんがその後ろで応援してるんですね、「おじいちゃん、がんばって」なんてやってるわけですね。こんな環境だと、このおじいちゃんは多分、多少嚥下機能が悪くても、咀嚼機能が悪くても、頑張っていけるだろうと思うんです。素晴しい支えです。でも、都内でもこんなオールラインナップ揃うことはめったにありません。

新宿で訪問診療をやられている英先生の患者さんのところで行った時のですけど、今、栄養ケア・マネジメントが始まったことによって、各施設、各患者さんに対してですね、身長、体重、その人の活動量等々を計算して、この人にはどのぐらいの食べ物を食べていただいたほうがいいか、なんていう必要栄養量に基づいた栄養ケア計画が立てられるようになりました。これはまさに、隔世の感がありますね。５年、10 年前は、全然無かったですね。こんな小さなおばあちゃんから、こんな太ったおじちゃんまで、同じ食事が提供されてたわけですから。食べ残していようが、知ったことではないという状態から大きくかわりました。とても良いことだろうと思うんですが、一方で、計算尽くされてしまった栄養量を、食べさせなきゃいけない、食べていただかなきゃいけないというような、そんな行き過ぎも、ある一方で起こる場面も出てくるんですね。

２９．　残念ながら、多くの高齢者は、食べられなくなっていきます。嚥下機能、咀嚼機能はもういかんともし難い時期も来るわけですね。その時には、やはりもう一方で、違うベクトルで考えなきゃいけないというふうに考えています。摂食機能に基づいた栄養計画ですね。もうこの人は食べなくてもいいよ、と、無理することのほうが、誤嚥や窒息のリスクが高いために、本人の食べる機能にあったものをしっかり食べましょうと。

１日５回に分けたっていいじゃないですか。食べられる日に食べてもらって、食べられない日は無理して食べなくてもいいじゃないですか、ギアチェンジ、シフトチェンジができるようになると、ソフトランディングが目指せます。家族は、高齢者が全部食べていただいたということは、何よりの喜びですが、全部食べることだけが目標になる可能性もある。そうではなくて、本人の食べる機能に合わせて、やはり栄養計画も考えていかなければいけないのです。

３０．　私たちは、施設に訪問して以下のシステムでおこなっております。ミールラウンドで、嚥下機能の変化をした人たちを把握します。また、新入所の人たちには必ず食べてるところを見に行って、食べ方と咀嚼機能を評価します。その人はどんな食行動をしているのか、または、どんな口の動きができる人なのかを評価しています。嚥下機能は、頸部聴診などを使って評価をします。必要であれば、嚥下内視鏡検査をして、その人の適正な食形態や栄養ルートの提案などをしていきます。

嚥下内視鏡検査で私たちは管理栄養士とよくコミュケーションを取っています。「先生、

病院に連れて行きますよ。」と言われますが、私たちが施設に行くことによって、その環境が把握できるのです。どんな支援のパワーを持っている施設なのかが分かります。管理栄養士、看護師が孤立していたり、あるいはケアワーカーだけ頑張って、誰も付いてきてないことなどがわかるのです。もちろん摂食･嚥下機能評価は大学でもできますが、大学に来ていただいたら、だいたい看護師が一人で連れてくるだけですから、介護職、管理栄養はいないわけです。施設に行って、いつものように食べている体制で実際の場面を見ることが大切なのです。そして、何回か施設を訪問している間に、なんとかそこに「食べること」を支援するチームができるように頑張ります。「ね、○○○さん、頑張って、また来月来るからね」と言いながら、何ヶ月かして行くと、その人の目の色が輝いて、いいチームが出来上がっていくのを見ることができます。このように施設における環境因子を捉えるためにも、内視鏡の訪問診療を大事にしています。

３１-３５．　嚥下内視鏡検査によって唾液の誤嚥を診ることができますから、誤嚥性肺炎のリスクも同時に捉えることができます。嚥下内視鏡検査は、どんなものが食べられるか、どんな食形態のものが食べられるかという評価に非常に適しています。そして、唾液の誤嚥が有無や、もっとリスクが高い人たちの評価にも適しています。

嚥下造影検査は、バリウムなどで検査食用いるタイプ、嚥下造影検査のほうは、非常に幅広く検査ができますが、どんな食形態というところは非常に弱いところです。一方、唾液の誤嚥は非常に分かりにくいので、お互いに補完しあって、その方の嚥下の状態、食べられるか食べられないか、どんな食べ物まで食べられるのか、どんな食形態が適しているのかということを評価していきます。

最後に、私たちが去年調査したデータをお見せして、終わりにしようと思います。

在宅高齢者約 700 人の、口腔機能と栄養状態の評価をしました。年齢、性別、ADL、認知機能、病気、MNA という方法で評価された栄養状態、一人暮らし、同居者、嚥下、かみ合わせの問題等を評価して、栄養状態に何が一番影響を与えているかを評価をしてきました。

約 300 人のデータでの平均年齢 83 歳､BMI21､MNA のスコアは 10 点､最大点が 14 点です。良い栄養状態という人が約３割しかいなかった。低栄養のリスクのある人が 58%でした、そのうち。そして栄養状態が不良が 12%、つまり 58＋12%の７０%の人が、実は在宅では低栄養のリスクにあることが分かりました。

CDR というのは認知機能を評価項目、一人暮らし、そして、奥歯でかんでいるかどうかなどが関連要因としてでてきました。最終的に、多変量解析の最後に残った問題は、実はかみ合わせの問題と、そしてその人の ADL だったということです。

自分の奥歯でかみ合わせが無かった人は、奥歯でかみ合わせをあった人に比べて、約６倍も低栄養のリスクが高かった。そして、入れ歯の人は、そのリスクを約半分に減らせて

いたという結果になりました。これらの人たちは、在宅で暮らしている人ですから、要介護度の平均が約３ですので、特養の４、５の人たちですと嚥下は栄養状態と一番強い影響が出ますが、低栄養に関与しているのは、ADL の問題と、そして奥歯のかみ合わせがしっかり維持されていたかどうか、またはもし崩壊していたとしても、それを回復するだけの入れ歯を入れていたかどうかということが、非常に影響を与えているという結果になりました。

8020 運動は、もう２人に１人が達成できる時代になり、80 歳の２人に１人が 20 本以上の歯を持っております。つまり奥歯でかみ合わせを持っている人だらけです。ところがその人が要介護状態になると、あっという間に歯は悪くなって、根っこだけにしてしまう。せっかく 80 歳までかみ合わせを持たせるようになった今の高齢者が、たとえ認知症や寝たきりになっても、それを支える取り組みが必要だと思っています。自分の歯があることのパワーは素晴しいパワーを発揮するからです。

私たちは、日本歯科大学付属病院にはリハビリテーションセンターで訪問診療や外来や入院などで嚥下の機能の評価をさせていただいていますが、中央線の東小金井駅の目の前にも日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニックというのを作ることになりました。東京都多摩地区の施設や地域でお仕事をされている方は、ぜひ、連携を取らせていただければと思います。

では、私の話は以上になります。ご清聴ありがとうございました。

Ⅲ．地域高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの事例

１．事例Ａ　　認知症・摂食・嚥下障害の取り組み事例

２．事例Ｂ　　エンド・オブ・ライフの事例

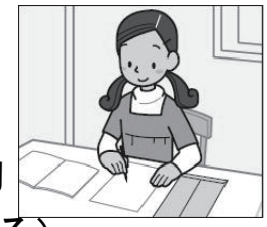
事例A　嚥下障害がある認知症

- 82歳　女性　要介護1
- 78歳時（5年前）、夫が逝去し独居生活になる。
- 3年前より脊髄骨粗鬆症が悪化し、円背（脊柱彎曲）が激しく生活の支援（要支援1）が必要となり、訪問介護、配食サービス、訪問食支援指導を受けながら、栄養の基礎や電子レンジ料理を楽しんでいた。
  昨年、4月頃から「献立が浮かばない」「一日中探し物をしている」などの不安の訴えがあり、（要介護1）になり居宅療養管理指導が開始されたが、特に変化なく生活が出来ていた。
- 今年、2月初旬、訪問に訪れた際、うずくまった状態で発見。
  朦朧として歩行は困難、小刻みに震えており衰弱しきった状況である。
- キーパーソンは、30kmはなれた地域（車で1時間）に住む長男。

1

認知症に関する情報

- 既往歴：認知症　脊椎骨粗鬆症　高血圧　嚥下障害疑い
- 障害高齢者の日常生活自立度A2
- 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱb
- 認知症の周辺症状：夕暮れ症候群様行動



（夕暮れ、天候の悪い日に抑うつ、不穏になる）

- 改定長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)5点

出来ていたことが出来なくなった

1）自分で献立し食事を作成していた ▶ 献立が浮かばなくなった

2）電子レンジ料理が得意 ▶ 電子レンジの使用法が分からない

3）常備菜を作り置き利用していた ▶ 作り置きの料理を冷蔵庫から出せない

2

身体状況と摂食･嚥下障害情報

【身体状況】身長：130cm　体重：30．0Kg　BMI：17．8kg/m²
（3ヶ月前、35kgの体重が5kgの減少をみた）

【摂食･嚥下障害の情報】
- 義歯が合わず痛くてかみしめられないが滑舌は良い
- 1cmぐらいの角切り食品は飲み込みにくく残してしまう
- 水分を飲む時、せき込み、むせ込みはない。錠剤も飲める

【血液検査データ】
- ALB：21年7月4.6g/dl　22年4月4.1g/dl　23年4月3.9g/dl
- Hb：21年7月12.4g/dl
- HDL−Ch：79mg/dl
- LDL−Ch：111mg/dl

【服薬】コニール　ワンアルファー　ボナロン

3

食事摂取状況

【歯の治療】治療を開始しているがなかなか思うように治癒できない
【自立摂取】円背が激しく、視野が狭く食べる物が見えない
【食事摂取量】必要量の70%充足　3日間の食事調査

主食：小茶碗に半分（1回　80g）
副食：少しずつ手を付ける（1回　小2皿分）
捕食：エンシュア1缶

【食形態】軟飯･ソフト食：細かく切って熟煮知っている料理なら食べる
【好きな食品】ポテトサラダ、かぼちゃサラダ、人参甘煮、卵料理や
マーボー豆腐など柔らく姿が見えるものは食べる
【嫌いな食品】刻んであるため、食べている料理が分からない場合は
手を付けない
【排便状態】2日～3日に1回（薬使用はなし）

4

介護職からの情報

- 一日中、仕事が忙しいといいながら探し物をしている
- 食べ慣れない物に箸をつけないが、捨てると怒る
- 冷蔵庫の食品は前列、目の高さの物しか取り出せない
- 心配事があると食事に手をつけない
- 味は良いがのどにつっかかるため食べられないと訴える
- 時々冷房と暖房を間違える
- おしっこがもれだし、めちゃくちゃな着替えする
- 時々冷房と暖房を間違える
- おしっこが心配で熟睡できないため飲み物を控えてしまう。土曜日訪れる息子さんがこれないと不穏になり食事を取れない。また、夕暮れと雨の日はうつ状態になる

5

事例B　エンド・オブ・ライフ

- 85歳　　男性　要介護2　　妻、長女、孫3人と同居

- 訪問サービス開始経緯
  建築関係自営業
  H22年9月より左股関節痛出現体動困難となったため
  訪問診療開始
  寝返りは可能だったが仙骨部Ⅱ度褥瘡
  嚥下困難

【既往歴】
平成19年　　多発性骨髄腫と診断
平成22年9月　自宅玄関で転倒右臀部を打ってから寝たきりとなる

1

身体状況

【身体状況】身長？　体重？　上腕周囲長16．3cm
上腕三頭筋皮下脂肪厚1㎜

【摂食・嚥下障害の情報】

入れ歯あり、食事全介助・水分複数回嚥下頸部雑音あり、唾液でむせあり。食べたいものもあるが痰が増えるのであまり食べられない。

【血液検査データ】CRP1.39mg/dl　BUN28.3mg/dl
ALB2.9 g/dl

【服薬】アーテン錠2mg・エパデールS900　2包
アローゼン顆粒0・5g　セレコックス錠100mg

2

食事形態や摂取状況など

- 食事　口腔内汚染　口腔内の乾燥
- 水分嚥下時、雑音あり
- 全身筋力低下
- 吸引にて直前に食べたものが引ける

3

他職種の情報

〇ケアマネージャー
　妻・娘・孫3人と同居。近所の人が毎日訪問
　キーパーソンは長女（パート勤務） 理解力あり
〇医師
　やせ、 褥瘡、嚥下障害あり
〇訪問看護師
　座位保持、リハビリテーション、とろみなどの食事の工夫が必要
　アイスマッサージで反射体操など上手にできている。あまり台所に入ってもらいたくない。

4

地域高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの事例

座長　千葉大学大学院看護研究科教授、野地有子

認知症摂食嚥下障害の説明

社会福祉法人同胞互助会愛全診療所、管理栄養士・臨床栄養師　　佐藤悦子

エンド・オブ・ライフの説明

東京ふれあい医療生協梶原診療所、管理栄養士・臨床栄養師　　奥村眞理子

討論

東京ふれあい医療生協梶原診療所医師　　恒川　幸子

甲斐歯科医院、前橋赤十字病院摂食・嚥下・胃瘻外来、歯科医師　山川治

東京ふれあい医療生協梶原診療所ふれあい訪問看護ステーション所長　　小暮和歌子

東京ふれあい医療生協梶原診療所介護相談センター主任介護支援専門員　飯田まり子

訪問言語リハビリテーション　「ことのは」代表　言語聴覚士　　橋本　愛

野地(座長)：　居宅栄養ケア･マネジメントの講義を受けて、事例を栄養ケアチームによって検討します。最初２つの事例を各 15 分ご紹介して頂き、本日の栄養ケアチーム　メンバーによる検討、さらに、会場の皆様方ともご一緒に在宅高齢者の食べる事を支援するという事を少し具体的に考えたいと思います。紹介の 15 分も含めて、1 事例には 1 時間使いますのでよろしくお願い致します。栄養ケアチームは、お名前を何々さんと呼びましょうと今打ち合せしましたので、最初のご紹介を佐藤さんにお願い致します。

佐藤（管理栄養士）：　事例Ａは、嚥下障害がある認知症の方です。82 歳、女性、要介護１です。５年前に夫が亡くなり独居生活が始まりました。３年前、平成 20 年、脊髄の骨粗鬆症が悪化して、円背が著しくなり生活の支援が必要になりました。この時点では要支援１でした。常備食を作るための訪問介護、配食サービス（週１回）、そして、介護保険非該当の訪問食支援サービスが入りました。(介護保険該当の条件である継続的な医療管理がされていなかったため)

訪問食支援の内容は、私どもの栄養ケアステーションから管理栄養士が訪問して、楽し

く栄養の基礎を学んで頂いきながら一緒にお料理を作成していました。しばらくは電子レンジ料理を楽しんだりする生活が続いておりましたが、22 年４月頃から「献立が浮かばない」「献立ができない」という言葉が発せられるようになりました。「１日中探し物をしなくちゃならない、探し物で追われているような感じ」と私に訴えてきました。その時点で要介護１になり、管理栄養士による居宅療養管理指導に変更しております。その後、特に、変化なく生活ができておりましたが、23 年１月に、認知症の症状がかなり著明にみられるようになり体重が少しずつ減ってきました。訪問サービスのスタッフに、食事を確保できなかったり、食べていない状況があるのではないだろうか、薬の管理ができているのだろうかと心配を投げかけましたが、その日によって良かったり悪かったりするので、訪問のスタッフの方々は、認知能力がかなり衰えてきている事はわかっていても、食事が摂れない状況が起きていることはなかなか理解してもらえませんでした。

そして、１か月後の 23 年２月初旬、私は臨床栄養師の同行訪問研修生３名と共に訪問して、朦朧として小刻みに震えてうずくまった状態のＡさんを発見しました。とっさに介護支援専門員に知らせなくちゃいけないと思いましたが、たまたま、介護支援専門員が留守で３時間ぐらい一緒に過ごしました。脱水症が気になりましたので、温かいレモン水に塩と砂糖を入れて飲ませながら、研修生に雑炊を作ってもらって、１口２口食べてもらいながら落ち着かせて、３時間を経過しました。その中で本当にこのような状況の方が１人で生活ができるのだろうか、訪問スタッフだけで命を守ってあげられるのであろうかとかなり心配になりました。キーパーソンは、30 キロ離れた地域に住んでいる長男でした。

既往歴には認知症、骨粗鬆症、高血圧ですが血圧はコントロールされています。また、嚥下障害の疑いがあり、障害高齢者の日常生活自立度は A2 で、ほとんど外出はせず、お部屋の中で寝たり横になったり、歩いたりという状況です。認知症高齢者の日常生活自立度はⅡb で、物忘れが激しく、今までできたものができなくなってしまった、夕暮れになると思い出せない、特に１番困るのは高血圧の薬を飲み忘れるという状況でした。それに加えて、電話の応対ができない、電話はとれるが電話をかけられない、応対がちぐはぐになる、訪問者が来てもつじつまが合わないという状況でした。認知症の周辺症状には夕暮れ症候群の行動があります。それは、今までできた事ができなくなったとか、そして思い出せない、覚えられないという状況ですが、Ａさんには、夕暮れや天候の悪い日には記憶の鮮明さがなくなって、おろおろ、うろうろ、ぶつぶつというような動作が見られました。

改訂長谷川式簡易知能評価スケールは５点で、野菜の数は言えます。そしてものを見せて後で言ってもらうのは１点か２点という状況でした。できていた事ができなくなったと強く感じる出来事は、Ａさんはお料理が大好きで自分で献立をつくり、料理を楽しんでいた方ですが、「献立が浮かばない」とはどういう事かと申しますと、材料を調理台に置いてあげて、鍋も揃えて、はい、〇〇の料理を作りましょうというと、もう、おろおろとされます。お料理の作り方も材料も説明できるのですが、材料と鍋、電子レンジを目の前にするとうろたえ「献立ができない」、「献立が浮かばない」という言葉が出てきます。この方は、電子レンジ料理が得意で、かつては、私に電子レンジはこうやって使う、下ごしらえはこのようにするのだと教えて下さっていた方です。電子レンジを新しく換えた途端に使い方が分からなくなる、何回使い方を教えても使えないという状況になりました。

介護職（ヘルパー）サービスの家事援助として、常備菜の切り干し大根やひじきなどを作ってもらって冷蔵庫に保存して、そこから毎日自分で取り出して足りない栄養分を補足していましたが、作り置き料理を冷蔵庫から取り出すことができなくなりました。目の高さにある１番手前のものしか冷蔵庫からは取り出せないことが後で分かりました。

次に、身体状況と摂食嚥下障害の状況です。身体状況は身長 130 センチ、これはかかりつけの医者が検診時に診察台に横になって巻尺で測った数値で、以後、身長 130cm を使っております。体重は 30 キロ、若い頃はもっと太っておられた方ですが、BMI が 17.8、３か月前体重が 35kg で５kg の体重減少が見られました。

摂食嚥下に関する障害の情報ですが、義歯が合わず痛くてたまらないということで訪問歯科診療が始まりました。滑舌はよく、お話が大好きな方です。

食事は１cm 位に刻んで柔らかく熟煮したものが主です。柔らかいソーセージなら飲み込めますが、ランチョンミートのような缶詰の肉やポークソーセージのように固い部分がある物は痛いのか飲み込み障害があるのか、「飲み込めない」、「飲み込みが悪い」と言っておられます。水を飲む時には、咳き込みやむせ込みはありません。錠剤も飲めます。血液データは年１回の健康診査時に行われますが、特に異常はありません。ただし、体重減少するに従って徐々にアルブミン値も下がってきていました。服薬は、高血圧のコニールを飲んでいます。グレープフルーツはいけないと私に一生懸命訴えておられたのですが、この時点ではもうその話は一切なさらなくなりました。ビタミンＤ剤のワンアルファ、骨粗鬆症のボナロンも服薬しています。

歯の治療を開始していますけど、なかなか思うようには治癒ができません。私も１回歯科医師診療に立ち会ったのですが、歯科医師がきちっと義歯を入れてあげれば、痛くもないし噛めますが、自分で義歯を入れられない状況がみらえました。背中が丸くなっているため、視野が狭く、テーブルの上に置いてある食事が見えない状況で食事をしなければならないという状況です。食事摂取量は指示栄養量の 70%位、小さなお茶碗に半分ぐらい、100ｇはないです。そして、おかずは小皿２皿ぐらいしか召し上がりません。そのために栄養強化として､エンシュアリキッドを１缶とヤクルト 400 を毎日一本飲んでおられます。栄養給与量は 700kcal 前後、タンパク質 35g 前後で食事摂取量は必要量の 70%です。食形態は軟飯、おかずは細かく切って熟煮してあるものなら食べられます。

好きなものはポテトサラダ、カボチャサラダ、ニンジンの甘煮、卵料理、麻婆豆腐など柔らかく姿が見えるものでした。嫌いなものは刻み食です。配食サービスのお弁当に刻んである物が入っていますと、食べている料理が分からないからと手をつけません。排便の状況は１週間に２、３日に１回です。排便のための薬は使用しておりません。よく召し上がっていた頃は毎日排便があった方でした。

介護サービス担当者から、１日中仕事が忙しいと言いながら探し物をしり、じっとしておれない、料理が認識できないと箸をつけない、しかし、古くなったからといって捨てようかと言うと怒ってしまうと情報が入りました。

調べてみると、冷蔵庫の食品は目の高さの目の前に見えるものしか取り出せず、冷蔵庫の上段も奥においてある物も全然取り出せない事が分かりました。また、心配事があると食事に全く手をつけなくなります。そして、やはり配食サービスでくるお弁当や介護職が作ってくれる食事に対しては､「味はよいが、喉につかえて食べられない、弁当は食べられない、ヘルパーさんの食事は食べられない」と本人は訴えます。しかも、時々、冷房と暖房が間違えてしまいます。私の実体験としても、真冬に冷房がついており、私に直接冷たい風が当たったという状況がありました。

おしっこはまだ自立していますが、夜、おしっこが心配で熟睡ができないため、飲み物を控えてしまう最も悪い状況になってしまいました。また、土曜日息子さんが訪れてくれるんですが、息子さんがちょっとでも遅かったり来なかったりすると不穏になって食事が摂れない状況が生まれます。また、夕暮れや雨の日はうつ状態になります。

平成 23 年 2 月に要介護３に変更になりました。介護支援専門員のケアプランは、食べ

ることの支援のための栄養ケアを行うために管理栄養士による居宅療養管理指導が月に２回、配食サービスが月曜日から金曜日まで週に５回、食事を作り、買い物のための介護職が週に２回、そして、朝準備ができているか、薬が飲めているかの確認のための様子確認が週１回、戸締まりができているか、火の始末ができているかの確認のためのサービスが週１回となりました。その他として、息子さんが毎週土曜日に来て生活の援助を行う。また、近隣・の方々が協力して見守りをしてくださり、生活が成り立っている状況です。
これからが、新たに生まれる様々な課題に対して立ち向かっていかなければなりません。状況によっては要介護変更申請の行う必要があろうかと思います。このような状況下で今後、何をどのようにしたらいいかを専門家の皆様にご助言をいただきたいと思います。

野地（座長）：　佐藤さんありがとうございました。それでは、嚥下障害があるので、歯科医師の山川さんからお願いします。

山川（歯科医師）：　この患者のまず問題点から考えると、骨粗鬆症が悪化してる事と、円背が激しいという事です。それから、ここ３か月に５kg 体重減少があり、BMI が 17.8 という事です。で、義歯が合わずに痛くて食事が食べられないということ、高血圧の治療薬の飲み忘れがあるという事で、義歯に関しては歯科医師が入っているんですが、なかなか義歯が合わないという事にはいくつか考えられます。例えば、認知症がひどく、低栄養状態なので、顎骨の状態が痩せてきてうまくそこの部分が義歯とフィットしないという状況ですが、認知症がベースにあるので果たしてこのまんま入れ歯というものを使っていただけるのか、あるいは歯科医師が入って口腔リハビリをやってみるとどうかが、１つの問題点になります。いわゆる骨粗鬆症があって全体的にどういう問題が考えられるか、嚥下障害については、この方はお水を飲んで錠剤が飲めるという事ですから、喉の機能は悪くないが、摂食機能障害、つまり口から喉にかけての機能がどうしても低下し、特に認知障害の人は溜め込みが多くに認められます。また栄養状態が悪いので廃用の筋委縮、あるいは年齢が 82 歳という事ですから、サルコペニアつまり筋肉の減少症という事の疑いがあるという事です。そういう事を考えてみると口腔機能においても咀嚼機能がままならないということになります。

例えば ST、看護師、歯科医師が入って摂食機能訓練、口腔機能向上のための口腔体操

をするには 70%の栄養の補充しかないので、当然訓練をすればするほど栄養状態が悪くなっていき、訓練が身につきません。この 70%をある程度 110%ぐらいに補充してやらないと訓練をしても状態的にはよくならないということです。栄養を 70%以上補充していくにはどのような選択肢があるかを考慮する必要があります。介護支援専門員のサービス計画が分からないのですが、例えばデイサービス、あるいは短期入所という形である程度、栄養状態をまず改善する事を考えてから在宅に戻す事も１つの方法ですし、そこで言語聴覚士、歯科医師、訪問看護師で栄養管理と摂食機能向上をしていく事になれば、「食べられる」機能が現状よりも改善できると考えられます。

野地（座長）：　はい、ありがとうございました。現状のアセスメントもう一度丁寧にしていただき、この栄養状態を改善するという事が次へのステップになるというご意見でした。ありがとうございます。では続いて、医師の立場から恒川さんですね。

恒川（医師）：　北区にあります梶原診療所の在宅サポートセンターというところで勤めております。主に在宅診療をおこなっております医師の恒川と申します。この時例Ａについて、専門の先生方からのお話もあると思うので、敢えて医療的な部分からのコメントをさせていただきたいと思います。この方、５年前にご主人が亡くなられ、その頃の認知機能に関しては分からないんですけれども、３年前から介護職の方が入られていて、明らかに気づかったとすると、一昨年の４月、１年位前から急に物忘れが目立ってきたとなると、長谷川式で５点というかなり低い点数が出て、認知症の一般的な経過で考えると１年間でこれだけ急激に悪くなるというのは考えづらいので、もしかしたら周りが気づかないうちに認知機能が進行していて、かなり重度の状態で症状がひどくなってはっきりしたという可能性があるが、医師の診察を受けて実際に認知機能の認知症という事しか分かってないので、なんの認知症なのかっていうことが分かってないと思うので、医師の診断、検査を受けてアルツハイマーでかなり重度だということがもし分かれば、要介護１という事は多分ないと思うので要介護度も上げられますし、その分サービスも充実できるようになります。

もし、急激に本当に認知機能が悪くなったとすると、例えば、正常圧水頭症や認知機能障害をきたす他の治癒が可能な病気が隠れてる可能性もあるので、そういう疾患が隠れて

いるのだとすればそちらが改善すれば嚥下機能とか認知機能も改善してくる、あるいは歩行障害も改善する可能性があるので、根本的な背景にあるその疾患についてもう少し踏み込んできちんとみたほうがいいかなということです。もう１つは、喉の嚥下自体にも問題はないんですけども、喉にかえることがあって食べにいという訴えがあるので、かなり円背で亀背が強い方ですと、逆流性の食道炎とか消化器機能の問題が実際には隠れていて、それが問題になっている可能性もあります。ボナロンを飲んでいるので、食道炎も起こしやすいと思うので、もしかすると胃の食道炎の改善で、嚥下や食べる具合が少し改善してくる可能性もあるのでないかと気になりました。

野地（座長）：　ありがとうございます。医師の立場からやはり診断ですとか薬の副作用ですとか、そういったものをもう一度アセスメントをして手立てのあるものには対応していく事が大事だというコメントいただきました。ありがとうございます。では、奥村さんお願いします。

奥村（管理栄養士･臨床栄養師）：　私達はいつも同じ建物の中で医師と管理栄養士、介護支援専門員、訪問看護師、訪問介護士が常に顔を見合わせた状態で仕事をしているので、まず病名がアルツハイマーなのかどうかとか、アルツハイマーだったら、食べ物による認知による失認という状態が起こっていて、目の前にある食べ物を食べ物だと認知してないのかどうかと評価し確認しながら進めていきます。

野地（座長）：　現状アセスメントするっていう事と評価という事も言ってくださいましたけれど、事例について詳しく確認していく事が大事だということですね。

橋本（言語聴覚士）：　事例Ａの ADL は一体どうなのか、円背でしかも首が前屈しているという事は摂食嚥下に重要なこの器官がつぶれているような感じですね。嚥下に適した首の角度に関して皆様に１つだけお伝えしたい事ことがあります。指３本をくっつけた状態で目の前に用意していただけますでしょうか。この指３本がちょうど顎と鎖骨の間に入る角度、ご自分の目線より若干下がると思います。これが摂食する際に適しているといわれる「頚部前屈位」です。そして、事例Ａの説明を聞く限りでは指１本が入るのが難しいの

かなと思われる位の首の角度なので、まず言語聴覚士としては、「姿勢」はどうなのか、「食べられる口」なのかどうか、この方が食べにくいっておっしゃる原因は何かを追求していかない限り次に繋げるアプローチがちょっと見つかっていかないので、姿勢、口腔の状態、そこからみられる嚥下機能障害を判断していく事になると思います。肺の機能を上げていただけるような、理学療法士や作業療法士などによるリハビリテーションの介入を検討していただければと思います。また、嚥下障害を診てもらえる専門が周りにいないという事も少なくはないと思うので、嚥下機能評価をしていただける病院の嚥下外来の受診を検討していただけるとよいと思います。

座長（野地）：　嚥下機能のスクリーニングという事ですね、簡単に姿勢からみる事ができるっていう事と、その後方として他職種や専門の窓口に繋げるというご紹介いただきました。

飯田（介護支援専門員）：　梶原診療所の介護支援専門員をしております。私のほうからは、１人暮らしをされてて要介護１ですが、実際にサービスに入っているのは週に４日訪問介護、それとお弁当とお伺いをしましたが、１日に何回入っているのかとか、あと１日にお薬を何回飲む必要があるのかっていう点でもう少し細かくお話をお伺いしたいと思います。それと１人暮らしが続けられるのかということですが、息子さんはどうなさりたいのか、ご本人はお家にいたいのかといった事も大切な事になるかと思います。その辺もお伺いして、じゃあ実際に介護１で長谷川式５点しかないこの方を支えていくためにこれだけのサービスで十分足りているのか、介護に使える費用がどのぐらいなのか、山川先生もおっしゃっておりましたが、ショートステイやデイを利用していないのは、ご本人が拒否をしているのか、そんな点ももう少し詳しく伺ってみたいなと思います。

野地（座長）：　専門職の輪の中心には利用者の方や家族がいて、ピープルセンタードっていうような事も最近いわれるようになったんですが、その視点で今後の事を考えるのにもまずご希望その方々の意志を確認して進んでいく事が大事だというコメントをいただきました。最後になりますが、訪問看護師からのコメントをお願いいたします。

小暮（看護師）：　はい、梶原診療所にあります訪問看護ステーション所長やらせていただいております。事例Ａの１番最初ですが、昨年の４月頃から献立が浮かばないという、この段階から訪問看護入れてもらいたかったと思います。この時点で明らかに認知症状が進んでいると考えられますね。その時点で入る事で、お薬がきちんと飲めるようになるとか、配食も入っていますので、その時間に合わせて訪問してどれぐらい本当に食べているのか確認するとか、介護度が少ないのでそんなに頻繁には入れませんけども、血圧の状況、体重の状況、痩せてきているのかなど、医療的な視点が入ったかと思います。それから認知のお薬も飲まれていないので、その時点で息子様や介護支援専門員にコンタクトを取ったりして、医療のほうに繋げていけるようなアドバイスもできたかなというふうに感じております。嚥下のほうに関しましては、先ほど、言語聴覚士からお話をいただきました姿勢もかなり重要になってきていまして、環境がどうなのか、どこで食べているのか、どんな姿勢で食べてるのか、本当に食べ物として認識をしているのか、箸を使えるのとか、そういう細かい事もすごく重要になってくるかなというふうに思います。栄養状態が悪いのであれば、とりあえずは栄養や安全を確保するためにデイサービスやショートステイを定期的に使い、基本的なエネルギー量をしっかり摂れるように体力や免疫力を上げていけるようなサービスを入れた上で嚥下のほうの評価や認知の評価をしていくといいかと感じました。

野地（座長）：　いろいろな診断の前にやはり訪問看護で行っている場合は、症状が目についた時はその症状に応じた対応を早めにしていきたいというコメントいただきました。座長からも１つコメントしたいと思います。多職種が連携する時、やはり情報の共有が大事で、息子さんも踏まえてこれらのいろいろな方が週１回ぐらいずつ入っているので、どうやって情報を共有しているのかと思いました。午前中のご講演で情報を共有する手作りのノートというのをスライドでご紹介いただいたんですが、ノートに書くことは、かなり前から訪問看護では利用されてきたとは思いますが、今回の震災の事も踏まえましてね、そういった資料は流れて無くなってしまうと、もう分からないです、あと今震災の地域では母子手帳はもう完全なるアナログでお子さんの予防接種の情報とか全くお母さんが覚えていない限りどこからスタートしていいかっていうのが分からない状況だという事も踏まえますと、このITまたはICT（Information and Communication Technology）をどういう

ふうに工夫していくかという事も環境要因としては必要かと思いました。これらを踏まえて、事例提供者の佐藤さんに感想をうかがって、また皆様方からご意見やご感想でもあればお願い致します。

佐藤（管理栄養士･臨床栄養師）：　訪問サービススタッフ全員が、A さんがうずくまっている状態が異常であると周知致しました。その後、１か月置きぐらいにサービス担当者の会議を行いました。その時の息子さんの意向は、自分は同居したいと思っている。しかし、母が同居をとても嫌がるという状況があり独居を続けさせたいということでした。
要介護３となったためサービスの単位もあがり、栄養状態改善のためにもデイではなくショートステイサービスを半月受けました。ショートステイでの食事は、40 分ぐらい掛かりますが、全部召し上がられ、みるみるうちに全身状態はよくなりました。その後、在宅で独居生活を送るために、まずベッド、冷蔵庫の取替え、湯船の取替え、見えなかった食事が目に入る高さの食台の取替えにより、食事が分かるようになったことなど、細かい点までサービスが入りました。
　私自身の反省点として、サービスのスタッフの一員として、もっともっと、介護職に言っても分からないかもしれない、介護支援専門員も動いてくれないのではと思わずにどんどん専門外のことでも危機感や疑問をぶつけるべきだった。私の周りには内科医も、整形外科医も、歯科医師も内視鏡カメラもあって、全てが整っているのに連携が遅れてしまったことも含めてもっともっと大騒ぎするべきだったと反省しています。

野地（座長）：　少しその後の動きについてもご紹介いただきましたが、さて、何か感想とかコメントとかまたはこのやり取りを聞いて気が付いた事、本当はこういった会に出て気が付いた事っていうのが大事なんです、自分の中での発見っていうのが参加した上での今後の実力になっていかれると思います。お一人お一人違うと思うので、ご紹介いただけたらお互いの学びになると思いますが、いかがでしょうか。

研修生：　通所リハビリテーションで相談員をやっています。きょうは色々な講義を聞かせていただいてありがとうございます。ショートステイに入られて食事のほう全量摂取されるようになったという事ですが、ショートステイではどのような事をされて全量摂取が

できるようになったかお聞きしたいと思います。

佐藤(管理栄養士･臨床栄養師)：　ショートステイサービス開始時にお口の状況ですとか、食べ物の状況を確認して食べられるものを探り､個別の食事の提供サービスが行われます。食堂で一同に食事をしますが、介護職がつきますから、どういうものをどのように食べればいいか対応ができます。在宅サービスは何でも１対１ですが、ショートステイでは、周りに仲間がおり、見守りの中で食べます。また、ショートステイの大きな目的の一つとして、お風呂に入り洗髪が出来ること、生活の中で趣味活動ができることです。できてもできなくても趣味活動に参加することで心の状態も少しずつよくなりました。
在宅では、配食サービスは刻み食になってしまっているとか、その家にある材料で介護職が作れる範囲でしか作られないということがありますが、ショートステイの食事はこの食べ物はソフト食、この食べ物は熟煮、この食べ物は圧力をかけてと、その人の嚥下障害や摂食状況が考慮された食事になっておりました。

野地（座長)：　在宅では、食事の個別対応がちょっと弱くなるということが学びになりました。

研修生：　主治医との連携について少しお話頂戴できればなと思います。

佐藤（管理栄養士･臨床栄養師)：　１番最初の食のサービスは、医療が関わっていなかったこともあって、栄養ケアステーションでの食の支援でしたので、主治医との連携はありませんでした｡私の事業所の隣の整形外科医が主治医として円背を診てくれておりました。要介護Ｉになり、栄養介入の必要性とその効果を説明し、医師の指示書をいただき管理栄養士により居宅療養管理指導を開始いたしました。３か月おきに栄養評価や経緯などの報告書を私の方から主治医の方に上げて連携しております。ことあるごとに病院に出向き、ドクターとのお話合いをおこなっています。私の事業所にも内科医が２人おりますので、ショートステイの担当医として相談に乗ってくれます｡その内科医は摂食･嚥下障害の評価医として認定されていることもあって内視鏡診断も希望により診てくれることになっております。

野地（座長）：　主治医との連絡についてお困りの事とかご経験があってのご質問でしょうか。

研修生：　在宅の訪問栄養指導と居宅の介護支援専門員として開所しています。その中で、やっぱり在宅における医療チームとの関わりが大切です。緩和ケアという事で医療と福祉が顔の見えるオープンな関係でやり取りできるものですから、特に困ったという状況でもないのですが、在宅支える意味で他職種が連携する事は、その方の ADL 維持であるとか QOL を高めるっていうためには重要と考えております。歯科医師に対して今年度はアプローチして連携をさせていただきたいと思っております。事例 A からいろいろな気づきを頂き本当にありがとうございました。

佐藤（管理栄養士･臨床栄養師）：　事例 A の場合は、経口摂取量が大きく減った時点で医師に状況を説明し、エンシュアリキッドを処方して欲しいという内容で、直接栄養ケア提案書を提出しましたらすぐに処方されました。ショートステイ利用終了後は、歯科医師の診療時に一緒に立会い、在宅においても刻み食じゃなくて形の見える食事、一口大にしたいと申し出たら、口中に膿が出るほどの口内炎が痛みを引き起こし、食べることへの影響があったろうと思うが、症状も落ち着いてるので、「食形態を上げてもいいよ」と言っていただくなど連携ができております。

野地（座長）：　佐藤さんだったからできるような感じもしますがそのようにチーム作っても人を動かせる力も実は大事なんだと実感いたします。

研修生：　世田谷を中心に訪問栄養指導しております。半月ほどショートステイをご利用されたという事で全身状態のほうも良くなったという事ですけども、この時、ショートステイのほうでは食介助を受けていたのか、また、せっかく全身状態が良くなってお家に戻られて、自力摂取されているのか、食事の形態ですとか、どのような食事を確保されているのか質問させていただきます。

佐藤（管理栄養士･臨床栄養師）：　ショートステイでは、まず初めの 30 分は自分で食べられるだけ食べさせます。そして、そのあとの 15 分から 20 分を食事介助に入りまして、完食をさせていく方法を取ります。朝、昼、晩それが行われています。
今現在の在宅での食事は、朝・夜介護職サービスが入っており、お昼は配食弁当が提供され、土日は家族対応です。そして、夜に朝の分を作ってもらって朝のサービスの介護職が温めたりして膳を作ってあげるというやり方で行っています。しかし、お昼はお弁当をお一人で召し上がるため、残ってしまう状況があり、夕食担当の介護職が残った物の再加工や夕食作り、翌朝のお弁当作りを行い、朝の担当が衛生上の確認や食膳を揃えるというぎりぎりのやり方で食の支援が進んでいます。

研修生：　老健で管理栄養士をしております、ショートステイに入られて全身状態がよくなられたということですが、私ども逆にお預かりするほうの立場からは、在宅において食事支援がなかなかうまくいかない方をお預かりする場合、居宅での食事の情報がきちんと伝わってこないケースが多いです。今回、この方の場合は何かその関わられた経緯とか情報は施設に提供した事がありましたら教えていただきたいです。

佐藤（管理栄養士･臨床栄養師）：　全ての必要な記録と今の状況、食べることへの支援・ケア内容は、ショートステイ入所面接時に介護支援専門員、介護職、全ての関わるサービス担当者には発信をしました。そして、情報が返ってこなかったら、介護支援専門員のところに乗り込んでいって状況がどうかを絶えず聞いて、いつも教えてください、教えてくださいって頭を下げ回っています。

研修生：　様々な職種の方からのご意見を聞けて本当に参考になっております。認知障害のある方の義歯管理当についてですが、私どもの施設においても、ご使用になったあとになくされたり、トイレに流してしまったりがあります。そういう方の義歯の管理、食べたらすぐ外すのがいいのか、外してしまうとお口になじまないとか、いろいろと問題があるかと思います。義歯管理の在り方、あとは義歯をいつまで作るかという年齢的な問題、ご家族が希望されなかったりする場合もあったりします。どのように対応していくのが好ましいか、ぜひお聞かせいただきたいと思います。

山川（歯科医師）：　ご質問ありがとうございます。義歯の管理については現在、病院や施設を管理しているなかでは、地域の先生が好意で入れ歯に名札をつけてくれるところもあります。総入れ歯の場合には歯茎の部分に名前入れることで患者さんの区分けができるのです。一昔前は。笑い話ですが、入れ歯を全部集めてきて、それで大きなお鍋で煮沸したという話もあります。１つは、入れ歯をいつまで入れてられるかというと、認知障害があっても入れることに違和感を訴えなければ長く入れられます。逆に、入れ歯を外すのを嫌がるお年寄りもいます。でも、認知症がある程度進んできて、口が開くから入れ歯を作って装着しておけば、口の中の健康にはいいからと作ってしまうと、今言われたように、次の日には、もう入れ歯というのは異物として捉えますので、ご本人が全部ゴミ箱やトイレに入れてしまいます。

そこの判断については、職員から、歯科医師に情報提供があると、口が開くから入れ歯は作れるという短絡的な判断がなくなってきます。また装着できる入れ歯はある程度、食べ物を噛むという咀嚼訓練までもっていけるかどうか、認知機能のレベルなどの情報提供してもらえればいいかと思います。現在、私の勤務している病院では、新しい義歯は作らない方針ですが、例えば２年間使わずに押入れにあったのをご家族に探して持って来てもらって、その入れ歯を裏打ちして、食べるのに使うのではなくて、ちゃんと口の筋肉の機能を落とさないように入れておくケースもあります。また、上顎だけ入れとく場合もあります。ケースバイケースですが、まず、施設においては、入れ歯を作って欲しいという説明をする場合には、歯科医師に認知機能状況の情報提供をまず正しくしていただければ助かります。あとは、特に、爪のある部分的な入れ歯ですが、歯科医師は着脱の指導をしているのですが、入所者に聞くとそんな指導は受けていないと言います。いつのまにか自分達が入れやすくなると、入れ歯を口腔内に入れてから噛んで入れるという高齢者もいますし、噛んで入れると爪が曲がって歯茎が傷つきやすいですから、必ず、入れ歯の指導をして欲しいと思います。入れ歯が合わなくなるのは普通で、加齢に伴って、栄養状態や口腔機能の状態に応じてはかなり筋肉量が低下あるいは顎骨の吸収がありますから、近くの歯科医師に相談して入れ歯の裏打ちないしは修理をしてもらうという形の連携をやって行った方が良いと思います。

野地（座長）：　事例Ａでは嚥下障害とか認知症という、地域でこれからますます多くみられる状態について検討させていただきました。事例のＢも同様に進めたいと思います。次、事例Ｂは奥村さんから解説していただきます。

奥村(管理栄養士・臨床栄養師)：　エンド・オブ・ライフの事例Ｂは、医師から居宅療養管理指導に行ってくださいと依頼された 85 歳の男性で、紹介があった時に書類には要介護２と書いてありました。それから、同年齢の奥様がおられ、１回お嫁さんが来ましたが、お父様の介護のために娘さんと娘さんのお子さんが同居されていました。お仕事は、建設関係の自営業でした。平成 22 年９月に関節痛によって身体を動かすことが困難となって、訪問診療が開始されました。寝返りはその時は可能だったようですが、仙骨部２度の褥瘡がありました。嚥下困難があるという情報でした。既往歴は、平成 19 年に多発性骨髄腫と診断をされております。平成 22 年９月、自宅玄関といっても自営業なので今時ちょっと珍しい間取りの家で、自分のうちがお店で、昔よくそこで物を売ったり買ったりできるような広い土間がありました。自宅玄関で転倒といっても、小さな玄関での転倒ではなく、広い自宅土間で転倒されたご様子でした。その後、寝たきりとなったということです。身体状況は、訪問時の情報ですが、梶原診療所の場合には、身長や体重を医師や訪問介助の看護師が測定をしてくださいます。それで、医師から 10 月 17 日に計測した上腕周囲長を測定 17.1cm、上腕三頭筋は８mm ということでしたが、実は私が行った時はその２週間後で上腕三頭筋は 1mm でした。

自営業だったので、17 日に管理栄養士に居宅療養管理指導のオーダーは出ましたが、ご家族が来てもらいたくないという拒否がかなり強く、それでもニコニコしながら電話を掛け続けて「行ってもいいでしょうかね」「あのちょっと拝見させて下さいね」と言いながら行くことはできたのは２週間後の 11 月でした。その時には、上腕周囲長 16.3 ミリ、脂肪厚１ミリ、まさに皮１枚でした。口腔機能、嚥下障害の状況は、入れ歯、食事全介助、水分、数回に分けて嚥下をしますが、貯留音があり、唾液でもむせがあり、食べたい食べ物もあるが、その後、苦しくなるのでもう食べたくないと言われていました。

血液検査のデータは、CRP1.39、BUN が 28.3、ちょっと脱水が疑われました。血清アルブミンが 2.9 でした。服薬に関については、後で医師の恒川から説明があると思います。

食事の形態や摂取状況などの情報ですが、口の中はかなり汚れているという情報があって、口の中は乾燥している、水分を嚥下、水分の嚥下でも雑音が有ということ、全身の筋肉が低下してる、吸引すると直前食べたものがひける状況でした。

他職種からの情報ですけれども、介護支援専門員からは、同居の状況、それから近所の人の毎日訪問されており、本当にご近所の方ととても仲良くされているということでした。訪問した時にも近所の人が笑いながらいろいろなものを持ってきたりしていました。キーパーソの娘さんは、パートで働いておられ、日中は不在です。医師からはすごく痩せてて心配なのですぐ行ってもらいたいという指示書を頂いて実際に行けたのは２週間後でした。

訪問看護師からの情報では座位保持はできること、本人はリハビリテーションは頑張っていること、“とろみ”がないと食べれないこと、アイスマッサージを開始しており、反射を促すための体操などはうまくいっていることが、奥さんは、台所に入ってもらいたくないと言っているとのことでした。

野地（座長）：　それでは、ご同僚の恒川医師より追加とコメントお願い致します。

恒川（医師）：　最初にこの患者から往診をして欲しいという依頼があったのが、平成 22 年９月に転倒され、右の臀部を打ってからでしたが、２週間近くは動けなくなってご家族だけでずっと見ておられ、特に介護用のベッドではなかったので、食事も寝たままの状態で、口に吸い飲みとか食事をスプーンで持っていったりしながら、なんとか食べてもらっていたみたいです。もちろん、その間に褥瘡が進んでしまって、それまではご自身で歩いたり、多発性骨髄腫で通院していた病院にも、家族が連れて行っておうちの中もご自身で歩けるような方だったんですけど、そこから急に寝たきりの状態になったということでした。

私達が伺った時には、もうすでに褥瘡ができ、痛みもあったので、左足の痛みや股関節の明らかな痛みがあり、その精査のために、レントゲンを撮ったりしましたが、特に骨折はなく、この血液検査データは、少し炎症反応がありましたが、発熱もなくて落ち着いていました。それからちょっと数日してから熱発をされ、明らかな肺炎を起こされまして、肺炎の治療を行いました。最初の時点で訪問看護師に入って頂いていましたが、肺炎治療がメインになって、その一方で多発性骨髄腫に関しては、主治医もそれほど進行している

状況ではないということだったので、痛みはおそらく変形によるものだと思われました。

この時期は、ご家族も褥瘡や肺炎の治療に重きをおいてみておられたので、少し管理栄養士に入っていただいて、お食事の工夫をしてもらうと飲み込みもしやすくなるし、栄養状態が良くなれば回復も早くなるのでとお話はしたんですけど、なかなかご家族に受け入れてもらえませんでした。そこで、２週間後に管理栄養士には実際に入っていただきました。

野地(座長)：　先ほどと逆で、佐藤さんから逆回りでコメントいきましょうか。

佐藤（管理栄養士・臨床栄養師）：　終末期って考えてもよろしいのでしょうか。

奥村(管理栄養士・臨床栄養師)：　訪問に行って、上腕の脂肪が１ミリ、２ミリになってしまうと、元の状態まで栄養改善するのはかなり難しい状況だろうと思います。

佐藤(管理栄誉師、臨床栄養師)：　居宅療養管理指導は、重症の状況でサービスの依頼が来る場合が多いのですが、終末期、ターミナルと考えますと、お口からどのぐらい摂れてるのか、また、医療の方で栄養補充をどのぐらいしてもらえるか、尿の出方がどんな状況かを把握して、乏尿だったら、どのぐらいの水分、例えば 600ml にするのか、500ml なのか、700ml にするのかということを意思統一して、その方のケア目標に対して何がどの位できているのかを確認し、実際に、食事または水分補給も含めて、管理栄養士がやれる事は何かを考えながら身体状況、栄養状態に合わせて、栄養剤や食材を試しながら進めていくことになると思いますので、その辺をちょっと教えていただけたらありがたいなと思います。

奥村（管理栄養士・臨床栄養師）：　この自例は認知症はないので、頭が大変クリアで、私達が行くと「お茶は出したか、お茶菓子を出したか」とかすごい気にされるような方でしたが、血清コレステロール値が元々高かったご様子で「卵は食べちゃいけない」「肉は食べちゃいけない」と、ずっとご家族がそればっかり頭にあったご様子で、残念な事にここまで痩そうにさせてしまったのは、食事に対しての考え方をちょっと間違っていて、本来だったら

飲み込みがちょっと悪くなっていると、先ほどの江頭さんの図でもありましたように温泉卵や、マグロの中落ち、それから当然食べやすいウナギだとかが、食べやすかったろうと思いますが、これらは全部拒否をご家族がされて、お父さんにはこれは食べさせちゃいけないわよねって言って、食べさせていなかったご様子で、ご飯と野菜の副菜という食事をおいしそうに食べていました。食形態に変化をつけながら、嗜好を合わせたたんぱく質を追加した食事を提供させていたらとてもおいしそうに召し上がっていただいて、家族にも指導はさせていただいたけれども残念ながらという事でした。

野地（座長）：　ほんとですね、食生活の改善って成人期のようなことが、終末期にはそれがかえって習慣になると難しいということですね。エンド・オブ・ライフの事例ですが、その方の生涯を考えてどういう食習慣があったのかということも考えることが大切ですね。この事例からは健康な人への関わりにも考えさせられるコメントいただきました。次は歯科医師の山川さんお願いします。

山川(歯科医師)：　この事例は、ずっと最後まで経口摂取はできていたのでしょうか。まず問題点として多発性骨髄腫があって、仙骨に２度の褥瘡、上腕周囲長が 16.3、上腕三頭筋の皮下脂肪厚が１ミリ、血清アルブミン値が 2.9 で明らかに低栄養の問題があります。上腕周囲筋のパーセンテージでは、66.5%で中等度の栄養障害が出ています。筋肉量もかなり減少してる状態で、廃用の筋委縮があったり、飢餓があったり、全身の筋肉量が低下しているという状況です。だから、先に結果を聞いてしまったんですけれども、ご家族はかなり反対をしているっていうので、もし、リハビリが入っているのであればどうにかして栄養改善ができたらよかったという思いがあります。

　一方、入れ歯が入っていて口腔内が汚染されて、口腔内乾燥があるということは、服用薬の影響も明らかにありますし、口腔内の衛生状態が悪いということは聞いてはいませんが、歯科医師や歯科衛生士が介入してちゃんと口腔ケアをしたかどうかという問題があります。それと同時に、明らかにスクリーニングにおいては嚥下障害があるので、在宅で、もし食べるという本人の意欲があった場合には、むせるから嫌だという事であれば在宅において嚥下内視鏡をして頂いても良かったかと思います。そこで管理栄養士がせっかく入っていたの、嚥下内視鏡の情報を共有して食べる物の形態をもうちょっと工夫したり、食

べるポジショニングを変えてあげるともうちょっと違った結果が出たかもしれません。

それから、訪問看護師が入ってリハビリをやられているんであれば、低栄養状態を早期の段階で改善してあげていれば、このリハビリがもうちょっと効果があがったかなと思います。結果的には、キーパーソンの方の反対がいろいろとあり、理解があまりされなかったということでしたが・・できれば、早期に栄養で介入していくような状況で情報共有していければ、栄養改善も違ったと思います。口腔内のケアをもっとしっかりとされていれば、場合によっては肺炎の予防もできたと思います。

このようなターミナルの事例ですと、悪液質までくると、もう栄養付加しても、腹水が溜まってきてよくないということが言われていますが、ターミナルでも初期の段階であればもうちょっとリハビリを考えようという観点から､栄養を付加するという形もあります。もしこの方のご家族にご理解があれば、経口摂取はともかくお楽しみ程度でもおいしいものを、先ほどいった卵でも良いですので食べてもらって、その後に経腸栄養剤を入れてあげても良かったかと思います。それはもう結果論ですが、そういう選択肢もあったのかと思います。

野地（座長）：　山川歯科医師から沢山コメントいただきましたが、その中の１つは先ほどの事例も出てきたのですが、やっぱりリハビリテーションを行う時に栄養とセットで行うことがご提示いただけたと思います。それでは、続きまして訪問看護ステーションの小暮さんのほうにマイク回したいと思います。

小暮（訪問看護師）：　訪問看護に週２回で入らせていただきました。入った時点からかなり羸痩も著明でいらっしゃって、褥瘡も２度とこれからおそらく進行するという感じの栄養状態に見受けられました。水分も摂っていただいてみましたら、その時点でもうゴロゴロゴロゴロ喉のあたりで明らかに嚥下障害起こしている状況でしたので、その時点で娘さんにとろみは必ずつけたほうがいいと、その場ですぐできるアドバイスはさせていただいて、お口の中のケアについてアドバイスをしていきました。娘さん自体はかなりフットワークが軽かったので、すぐにその場で近くの薬局に走ってくださって、とろみ剤を買ってきてくださいました。奥村さんが言ってたような拒否は、訪問看護のほうではあまり感じなかったものですから、訪問看護でできるアドバイスは一応させていただきました。台所

にも入らせていただきました。肺炎が治ってもうちょっと安定したら、ご家族にも栄養的な関わりですとか､嚥下に関するアドバイスがもっと浸透していったのかと思うんですが、短い経過でしたので、最初の段階がかなり痩せていらっしゃって、やっぱり体力や免疫力がかなりおちていたのが１番残念なことだったと感じております。

野地(座長)：　経過の早い時にチームでどういうふうに対応していくかということ、タイミングの重要さを教えていただきました。介護支援専門員の飯田さんにお願い致します。

飯田(介護支援専門員)：　ご相談に娘さんがいらして、９月の 25 日にご自宅で転倒されて、娘さんがうちへ飛び込んで相談に来たのが 10 月１日でした。実際にお亡くなりになったのは 10 月 29 日です。そのご相談を受けた時には、娘さんはお父様の病気を正確には把握していらっしゃいませんでした。それで、動けなくなっているということで、じゃあ往診も必要になりますねということで、今までのかかりつけの先生はもうほとんどお薬を貰いに行くだけの状況だったと言うので、せめて病名とか何かの情報が欲しいとお願いをしました。初回に訪問させていただいたのが 10 月６日で、もう５日経ってます。その時に情報提供を見せていただきましたら多発性骨髄腫だということが分かって、その病気に関しては奥様も娘さんもご存知なかったと。ご本人がとてもしっかりしていたので、ご本人が１人で病院にかかっていらしたと、転倒するまではご自分で何でもできたものですからということでした。で、その時には、もうすぐにベッドが必要だということで、ベッドの手配をし、相談から５日目の時にはもう褥瘡もできておりました。それで、すぐに往診に行ってくださるように医師の先生にはお願いをして、このサービスが始まりました。それでも、サービスのプランは、栄養面と嚥下困難になっていることと、褥瘡の処置に看護師に入っていただくということで、もうサービス計画は作成されていましたが、その理解ができていないご家族も、お伝えしたいことが十分に伝わっていなかったのが残念でした。

野地（座長)：　ご高齢の場合ですと、治療に来られてる時からご家族の方をよく巻き込んでいかないと急変する場合には、そのあとチームでの対応する場合に、なかなか意思疎通がうまくいかないですかね、ゴールに向かうにはなかなか難しいということで、事前の治療を受けてこられた時から家族を少し意識していかないといけないっていうことを今感じ

させられました。それでは最後になりますが、言語聴覚士の橋本さんですね、お願いいたします。

橋本（言語聴覚士）：　私がこの症例の訪問に行った時にどうするかとすごく考えました。まずは、医師に相談すると思います。羸痩ということなので、私達が関わる上ではやはり栄養が確保されていないと、リハビリテーションがあまりうまくいかないことが多いので、山川先生がおっしゃっていたように、栄養をある程度確保しながらお楽しみ程度、その人の QOL を上げるような、リハビリテーションを提供していくと思います。その時に、医師の指示のもとということで、判断していくと思うのですが、お水でむせる、お水でむせてとろみでもなんかゴロゴロするというのは喉頭、咽頭のクリアランスがすごく悪いという気がします。痰で絡む、とろみで絡むという時には、もう少しつるっとした食材・ゼリーなどで、交互に食べるというのもあります。交互嚥下をしてどうか、その方が最も得意とする食形態は何かも医師と看護師、介護職ともチーム連携して見つけていくと思います。

　この方に、リハビリテーションをしたかったと思います。発声訓練１つでも継続するとすごい力を発揮します。簡単なものとしましては、「“あー”と出来るだけ長く言ってください」という発声持続訓練もあります。これは検査にも使われていますが、最初は５秒が目標、次は６秒とスローステップで目標設定をして頂いたら、結構続けられる方がいますので、お勧めします。また、発声はどのような形でも良いので、歌が余りお好きでない方には「じゃあ、一緒に声を出してみましょう」や、歌が得意な方でしたら「お好きな歌があったら一緒に歌ってみましょう」といったその方の趣味にあった訓練方法を選択することも大切だと思っています。

野地（座長）：　佐藤さんお願いします。

佐藤(管理栄養士・臨床栄養師)：　緩和ケアの最後として、在宅で関わった事例があります。難病の方でしたが、それぞれ、各サービス担当者に情報を提供しました。終末が近づいたころ、医師から病状や緩和ケアという状況に入ってきていることの説明があり、無理に食べさせるな、無理に飲ませるな、もし水分が必要であれば自分が皮下注で水分補給するから、もう、お口からの無理強いはしないでくれ、と指示が出て、サービススタッフ全

員で最善を尽くすことを約束し、その後２週間後に亡くなられました。医師は、いつでもどんな状況でも看護ステーションの看護師と連携されており、即、駆けつけられるように連携が取れていました。何かあったらサービススタッフ全員に召集かけて最後は全員で看取れる体制を作り、在宅での緩和ケアが行われた経験を持っております。この経験を踏まえて感じたことは、管理栄養士だけでは何もできない、医師が動いてくださって、その周りの人達が安心して自分の専門性を発揮して初めて在宅高齢者ケアが成り立つことを学んだことを追加させていただきました。

野地(座長)：　それでは事例提供者の奥村さんコメントを受けて。ご意見お願いします。

奥村(管理栄養士・臨床栄養師)：　いろいろなご意見を頂戴してありがとうございます。実は私は 11 月４日に再度訪問する予定でしたが、１週間空けて４日に、一緒にご飯を作りましょうねと奥さんとお話をして、日時を決めて帰ったら、29 日にお亡くなりになったということでした、大変悔いが残りますが、でも最期まで私達に対して感謝の気持ちを忘れずにありがとうと言ってくださいました。看護師にコーヒーをすすめて、最期だと思うとはっきり自分でおっしゃられて 29 日亡くなられたそうです。管理栄養士も関わらせて頂いた事例です。

野地(座長)：　はい、ありがとうございました。管理栄養士も関わらしていただいたと奥村さんが謙虚に言ってらっしゃいますが、まさに、今振り返るとその入る時期のタイミングが大事ですね。そういった事を考えても残念だったという事例で、これを活かさせていただいて、今後に発展させていかせていただければと思います。

今日は、訪問栄養ケアをされてる方も沢山ご参加いただいているようですね。山川医師は先ほどうかがったんですが、栄養リハビリテーション研究会を立ち上げてとおっしゃっていて、その辺りの重要性についてご紹介ください。

山川（歯科医師）：　昨年の４月から日本静脈経腸栄養学会では ST、OT、PT と歯科衛生士が専門療法士の認定を取れる事になったんですね。それでもう全国で約 20 名ぐらいの人達が専門療法士の資格を取っています。その人達と今年、その学会でお話をしたんです

けど、実際に自分達が病院あるいは訪問で、管理栄養士、看護師　医師と話しあう中で、自分達として専門性をどのように表現したら、あるいは自分達の専門性どのように活かすことができるのだろうということに疑問が沢山出ていました。例えば。消費エネルギーと補給エネルギーのバランスが悪いのにリハビリをやっても果たしてどうなのか・・疑問が当然出てくるんです。例えば、リハ医の先生が ST、OT、PT に、時間をかけて２時間ずつ、この人にリハビリを指導しても、その人が低栄養状態で筋肉量が非常に減少しているのに、果たして２時間をやったからって目標に到達するかということが問われています。そこで、リハビリ栄養をみんなで考えようということで、横浜市立病院、総合医療センターのリハビリテーションの若林先生がリハ栄養研究会を立ち上げて、みんなで集まろうよということでやり始めました。今年からかなり全国的に管理栄養士や医療スタッフを含めて色々なメールのやり取りをしています。東北の被災地では、未だに小学校の給食は牛乳とパンだけで、お前達はこれで我慢しろということが本当にそんな事が現在の子供に対して良い事なのかとメーリングリストにもありましたが、今後、リハビリと栄養を考えて、病院で医師、看護師、薬剤師等と情報を共有し合いながら栄養のサポートができると考えております。

先ほど、座長のほうから ICT の問題が出ましたが、今、総務省の予算を取りまして、現在勤務先の群馬県なんですけど、いくつかの病院や施設とテレビカメラで嚥下の状態とかあるいは施設で僕達が１度評価をしたものに対して、遠隔で実際にその人達の画像を見せてもらいながら、その人の食事形態、食事摂取、状況を見ながら、摂食・嚥下機能の評価を行っていくことが始まっています。今後は、在宅では医師、歯科医師、管理栄養士、それぞれの専門職達が、もう、マンパワーの問題がパンク寸前になるので、それも１つは心温まるやさしい介護のサービスの提供じゃないのかと思っています。

野地（座長）：　はい、ご紹介ありがとうございました。在宅の栄養ケアを支える環境作りということで、まだこれから着手しなければいけないこと、またはそういったことを導入することによって一歩前に進めるという活動についてご紹介がありました。この２事例目はエンド・オブ・ライフですが、１事例目とも組み合わせまして、残りの時間はこの事例の事でもいいですし、こういう困難事例を通しましてチームの協力や実践の在り方ですとか、地域で栄養ケアを展開していく時のケアの方向性ですとか、そういった事についても

少し意見交換してもいいと思いますので。事例でもいいですし、普段の活動の中からまたこの討論者に投げかけたい事などありましたら、いかがでしょうか。

実は、奥村さんは、今、石巻市の災害避難所の応援から帰ってきたばかりで、きょう会場にも何人かその東北からの帰りに東京に寄って下さっている方もおられるそうですが、まだ時間ありますので少しご紹介していただきましょう。

奥村(管理栄養士・臨床栄養師)：　これが、大船渡の津波の第一波です。これ川ですけれども、三陸から陸地に向かってここに川があって、向こう側が海です。こうやってザーっと上がってきているのが、これが３時の時点ですね。1 これが地震直後、津波が引いたあとの三陸海岸の様子です。

これは、先週の石巻市です。亀田総合病院の小野沢先生とここで待ち合わせをし、３階まで津波で浸かって土泥がいっぱいある中でそれでも地域住民は避難することなくこの４階の教室で生活をしておりました。子供がキャッキャと走っておりました。ものすごい腐敗臭です。これは先週の石巻です。このドアを出ると変電機の上に車がまだ乗ってます。これは、前の道路の向かい側です。道路はとりあえず通れるように自衛隊がしました。これが、テレビの映像で何度も映っていた石巻市立病院です。４月 20 日に PCAT、気仙沼の健康管理センターすこやかというところで往診同行の様子です。プライマリーケア連合会の医師と一緒に在宅に行ってまいりました。

気仙沼は１か月以上に渡って停電しましたので、褥瘡がかなり悪化した状態でした。

20 年前に事故であって、寝たきりとなっているご家族の方がおられました。そこに行きましたけれども、両足の膝小僧にこういう感じの褥瘡ができており、背中ですね、全域がこのような状態になって滲出液が沢山出ておりました。で、医師が処置をしながら私はバイタルをとり、体温を測るとか血圧を測定するぐらいは管理栄養士にもできるわけですから、横で記載し、それから食事の内容を聞き取っておりました。朝はミキサー食でご飯をミキサーにかけて食べさせていました。沢山食べるそうです。昼はすりおろしたリンゴ１個でした。タンパク質が全くない食事でした。なぜか固まったラコールが落ちておりまして、これはいつのですかと尋ね、台所お借りしますって言いながら、洗って帰ってきました。吸い飲みの吸い口には、真っ黒なカビがいっぱい付着しておりまして、何もなかったので爪楊枝で一生懸命擦りながら、私が来たんだから綺麗にして帰ろうと思って、帰りま

した。

同じ被災地でもグループホームでは、このパンは全員に支給されているパンですが、グループホームではさまざまな支援物資が来ており、野菜もちゃんとありますし、通常の調理をする人もいて、電気も通じるところではこのような食事が提供されております。他の人達の通常のケーウェーブとかっていう避難所ではこのパンのみです。ジャムとマーガリンが塗ってあります。

福祉避難所は一度閉鎖された落合保育所というに福祉避難所があったそれまのですが、レトルトがいっぱいこう支援物資として入っていてレトルトだったんですけれども、こういう食事が管理栄養士が入ると提供する事ができました。で、彼女が書いてきた野菜の献立表です。管理栄養士が入るとレトルトのカレーでもじゃがいもをゆでて加工してアレンジして作ることができるということです。これは気仙沼の様子ですが、気仙沼の場合には災害救助法が適用されておりましたので、青果市場から物資が運ばれていっております。これは石巻市の５月１日、４月 30 日の石巻市の避難所、１人１人に配られた夕食です。バランスの良い食事をみんなに提供したい。真空パックでおいしいお料理が提供できないかと思います。

野地（座長）：　はい、奥村さん貴重なご報告ありがとうございました。さて今の追加のご報告も踏まえて会場から何か折角ですのでご発言あればお受けしたいと思いますがいかがでしょうか。はいどうぞお願いします。

研修生：　あの、気仙沼の老健に勤めております。当日災害があった日、私は、名古屋にいて、で、それから１週間、10 日くらいで燃料さえ確保できれば戻れる状態だったのですが、気仙沼には入れない状態でしたので、私が戻ったのは３月 29 日でした。その間はもう一人の栄養士がかなり頑張ってくれて、食べるものはおかゆだけで 20 日間経過いたしました。現在は物資も入ってきておりますので、今現在まで頑張ってこられた方が 28 名で、職員は１人亡くなっただけでなんとか元気にやっておりますが、現状では施設も使えませんので、ある個人の病院の間借りさせていただいておりますので、その病院にご迷惑はかけられないという施設長の考えがありまして、必要な分は市役所を通してこちらからいただくっていう状態ですので、ポテトチップスをサラダにしたり、煮物にしたりそれか

らあとは、ついこの間は本当に何もなくなって、ビスケットを天ぷらにして、そうするとちょうどサツマイモの天ぷらのような形になりますのでそういうような状態でようやく今レトルト、タンパク質は摂れるんですけど、野菜が摂れない状態で、農家でご無事な方からご協力をいただいて、なんとか野菜は最近なんとか確保できるような状態です。で、本当に食べるっていう内容で、さっき在宅のお写真見せていただいたんですけど、実際ついこの間まで元気だった方が本当に寝たきり。食べたくても、食べれない、作ってあげても作ってあげられない状態がここ２か月続いたもので少しでも施設の管理栄養士ですけれども、地域に協力できたらなということで参加させていただきました。

野地（座長）：　はい、ありがとうございました。貴重なお話いただきました。もうひと方、お手が挙がっております。

研修生：　きょうは、先生方、色々ありがとうございます。今の発表してくださった気仙沼の栄養士さん、あの本当に素晴らしいと思いました。で、私は埼玉県和光市の委託で訪問栄養士活動をしています。私も５月７、８、９で石巻のほうへ日本栄養士会のほうから災害派遣という事で行かせていただきました。私が行っている間、もう２か月経った時だったんですけれども、やはり私と一緒に行ったチームの中の人が別のにちょっと行ってくれないかっていうふうな事でその拠点じゃない福祉避難所のほうに行ったんですけれども、２か月ぶりに温かい味噌汁を飲んだというような状況でした。そこはやっぱり介護を必要とされている方がほとんどなので、あまり元気な方に応援してもらって何かを作るっていう事もできない状況でしたので、栄養士が数が少ないとか、頑張られている場所もあるとは思うんですけれども、まだまだ被害がとても大きいので、私は本当にこの３日間で何かもっと管理栄養士が関わらなくちゃいけないなっていうのを実感しました。未だに施設によっては、おにぎりと甘い 400kacal から 500kcal のパンを２個ずつエネルギーは間に合ってるけれども、他のものは全然食べれていない、で、車椅子の台数がどんどん増えていって、管理栄養士が関わったところはまた車椅子が減っていって歩けるようになった方がいるというような施設にもありました。ボランティアの方が自分達の自力のルートを使って食材の支援をして、そこの避難所のおにぎりとパンだけのにお昼を 200 食炊き出ししてるというボランティア団体、とにかく全てを自分達のまかなってるような支援、政府や行

政が関わらない状況での支援というが未だに続いてるという事はとっても悲しい事だと感じて帰りました。管理栄養士としてボランティア達が一生懸命やってるなか、何か動かなきゃいけないなっていう事を感じてきました。今後の私達の活動、居宅で元気で過ごすというためには、まず食べなくてはいけないっていう事を共有したいと思いました。

野地（座長）：　はい、ありがとうございました。

奥村(管理栄養士・臨床栄養師)：　日本には災害救助法という法律があって、戦後 1945 年に私達終戦を迎えておりますけど 1947 年に災害救助法という法律は制定されています。その中の文章に、１人災害時 1010 円食費と書いてあります。使われているのだろうか。日本はどうなってるんだろうと・・　ちょっとここのところ考えております。

野地（座長）：　はい、ありがとうございました。

研修生：　山形鶴岡から参りました。3 月 12 日に現地名取に入っております。１つは鶴岡の飲食店のチームで、そこに専門性がある管理栄養士が誰か行ってくれないかというオファーがありまして、入りました。災害支援においての専門職が関わるタイミングとニーズとそこのところで何が必要なんだかっていう分析ができて、それを現地で発揮できる体制管理っていうのは非常に大切な事で、先生方も物資を持って現地に入られてると思うんです。ただ、ここで１つお願いがあるんですけれども、私、管理栄養士だから、これをしにきたのよっていうのはやめていただきたい。気仙沼、石巻、さまざまに入っていますけども、言いたい事はそこの管理栄養士は、そこの医療チーム、そこの現地で暮らされている人達が混乱するような支援をしてはいけないということを肝に銘じて支援活動していただきたいと思います。いろいろ災害についてお話すると、ちょっと長くなるので別途色々発表の場がこれからあるかと思いますので、そんなところで詳しいはお話させていただければなと思います、すいません、余談になります。

野地（座長）：　はい、ありがとうございました。地域の栄養ケアの重要性というものを事例２つ通してみてまいりました。食べる事を支援する事のこの重要性はやはりきょうは多

職種で検討したことによって明確になったということも重要ではないかなと思います。貴重な事例を出していただきました佐藤さん、奥村さん、そして討論者の皆さん、また会場の皆様方、本当にご協力ありがとうございました。これをもちまして討論会終わらせていただきます。先生方ありがとうございました。今回の事例のご質問につきましては質問紙でまた挙げていただきたいと思います。

Ⅳ．居宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの展開のための課題解決と展開に向けての討議

介護保険制度の見直しと在宅ケアの重傷性	小山秀夫（兵庫県立大学大学院教授）
医療・介護サービスの連携について	野中　博（野中医院院長）
ケアマネジメントとの連携について	木村隆次（日本介護支援専門員協会会長）
チーム構築の課題と解決について	太田貞司（神奈川県立保健福祉大学教授）

介護保険制度の見直しと在宅ケアの重要性

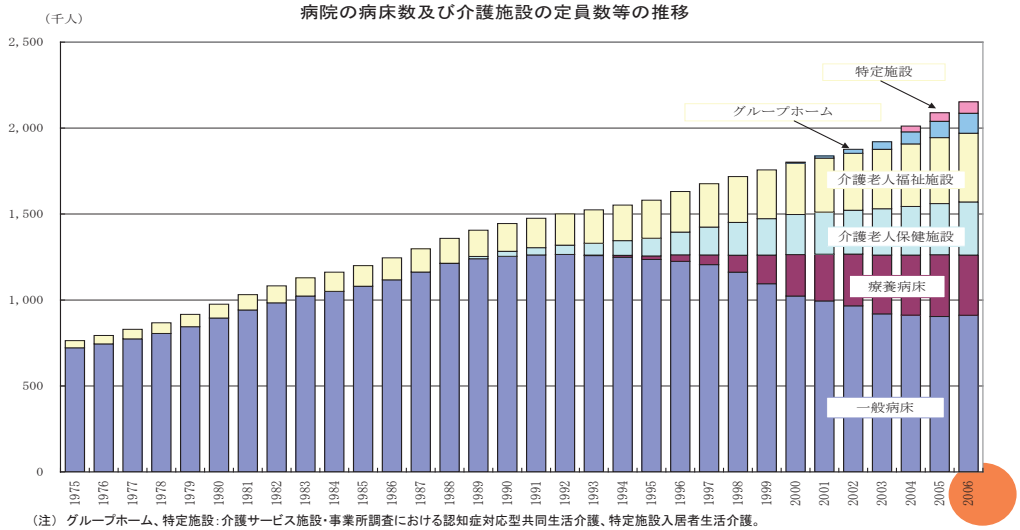
兵庫県立大学大学院経営研究科
医療マネジメント専攻
教授　小山　秀夫

1

病床数及び介護施設の定員数等の推移

・ 老人医療費無料化時代（1973～82年）から1980年代頃までは、高齢者の入院・入所ニーズはほぼ病院で受け入れていたが、1990年からのいわゆるゴールドプランによる基盤整備、2000年からの介護保険制度の導入により、ニーズに応じた供給体制の整備が進んできている。

病院の病床数及び介護施設の定員数等の推移



（注）グループホーム、特定施設：介護サービス施設・事業所調査における認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護。
なお、2006年はそれぞれ介護予防認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護を含む。
介護老人福祉施設　介護老人保健施設：介護サービス施設・事業所調査。1975年～99年はそれぞれ特別養護老人ホーム、老人保健施設。
一般病床、療養病床：各年の医療施設調査における病院の病床数。1999年～02年は、経過的旧療養病床群は療養病床に、老人病床は一般病床に含む。

2

介護保険制度の実施状況

①65歳以上の被保険者数の推移

- 65歳以上の被保険者数は、10年で約730万人(34%)増加。

	2000年4月末	2003年4月末	2010年4月末
被保険者数	2,165万人	2,398万人	2,895万人

②要介護(要支援)認定者数の推移

- 要介護認定を受けている者は、10年で約269万人(123%)増加。

	2000年4月末	2003年4月末	2010年4月末
認定者数	218万人	348万人	478万人

③要介護(要支援)認定の申請件数

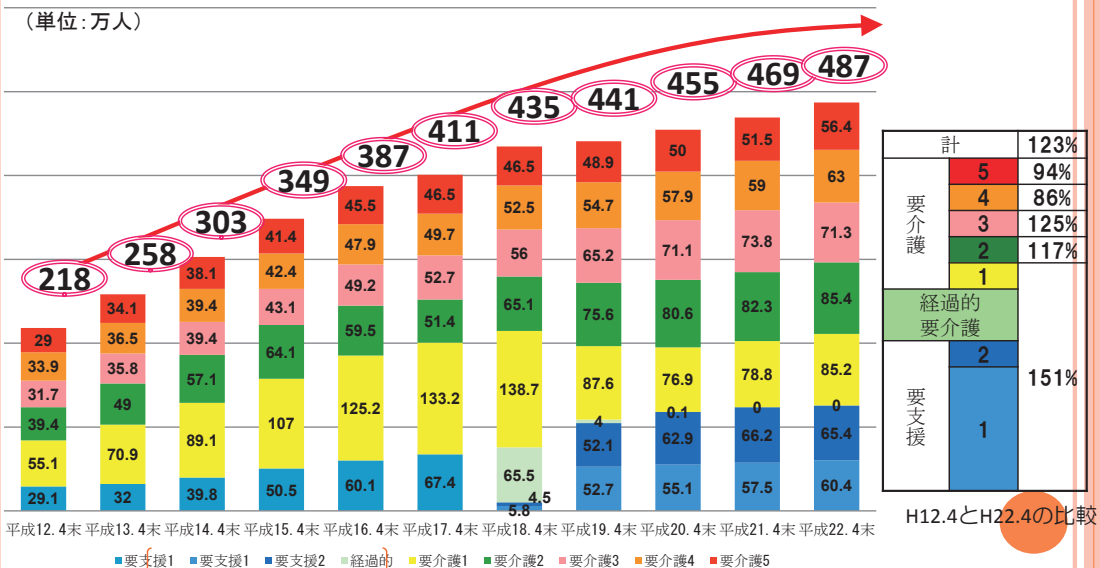
- 要介護認定の申請件数は、9年で約231万件(86%)増加。

注:2004年から要介護更新認定の有効期間を最大2年としたため、2008年の一年間の申請件数は2003年よりすくなくなっている。

	2000年4月末	2003年4月末	2010年4月末
申請件数	269万人	547万人	500万人

3

要介護度別認定者数の推移

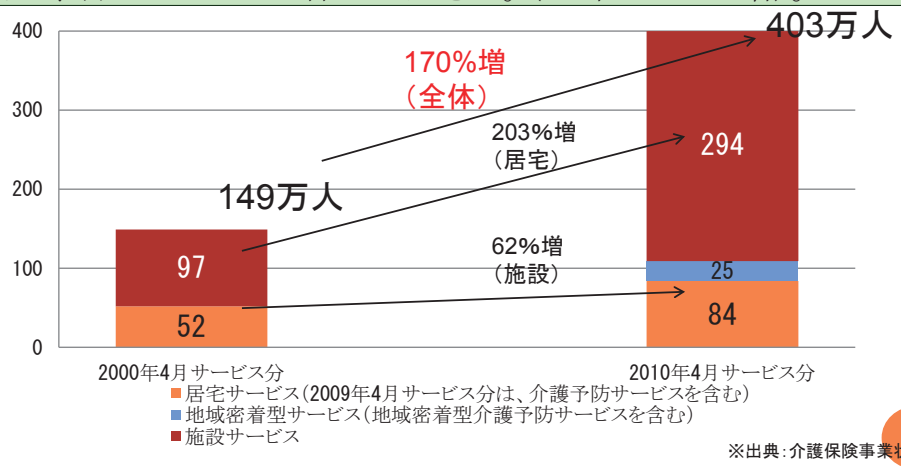


※出典:介護保険事業状況報告 他

4

サービス受給者の推移

- サービス受給者数は、10年で約254万人（170%）増加。
- 特に、居宅サービスの伸びが大きい。（10年で203%増）。



※出典：介護保険事業状況報告

※介護予防サービス、地域密着型サービス及び地域密着型介護予防サービスは、2005年の介護保険制度改正に伴って創設された。
※各サービス受給者との合計とサービス受給者数は端数調整のため一致しない。

5

首相府「社会保障国民会議」
中間報告書平成20年6月19日

公的病院よりも民間病院の割合が高く、全体として病院の規模も小さい。また、病床数が諸外国と比較して多く、急性期・慢性期・回復期といった病床の機能分化は不明確である一方で、医療現場の人員配置が手薄で、国際標準から見ても病床あたりで比較した医師・看護師数が少なく、病院全体のスタッフ数も少ないという特徴が指摘されている。現在、わが国は、救急医療の問題、地域医療の困窮、産科小児科医の不足など、様々な緊急の課題に直面している。これらの課題に対しては、救急医療体制の強化や臨床研修指定病院の機能強化、専門職種間の役割分担の見直しによる医師の負担軽減など、現段階でできる 緊急の対策を講じていくことはもちろん必要だが、同時に、わが国の医療が抱えている構造問題への解決への取組が欠かせない。

6

病院機能の効率化と高度化

国際標準から見て過剰な病床の思い切った適正化と疾病構造や医療・介護ニーズの変化に対応した病院・病床の機能分化の徹底と集約化

専門的医療提供を行う中核的病院（特に急性期病院）を中心とした人員配置の思い切った拡充・機器装備の充実

7

地域における医療機能のネットワーク化

「施設完結型」システムから「地域完結型」システムへの転換。地域の病院・診療所が網の目状のネットワークをはり、地域資源を最大限効率的に活用しながら相互の機能分担・連携によって「面的」に医療ニーズをカバーする体制の実現

8

地域における医療・介護・福祉の一体的提供（地域包括ケア）の実現

人々が日常を過ごす地域で、必要な医療・介護・福祉のサービスが包括的・継続的に提供できる体制の実現。

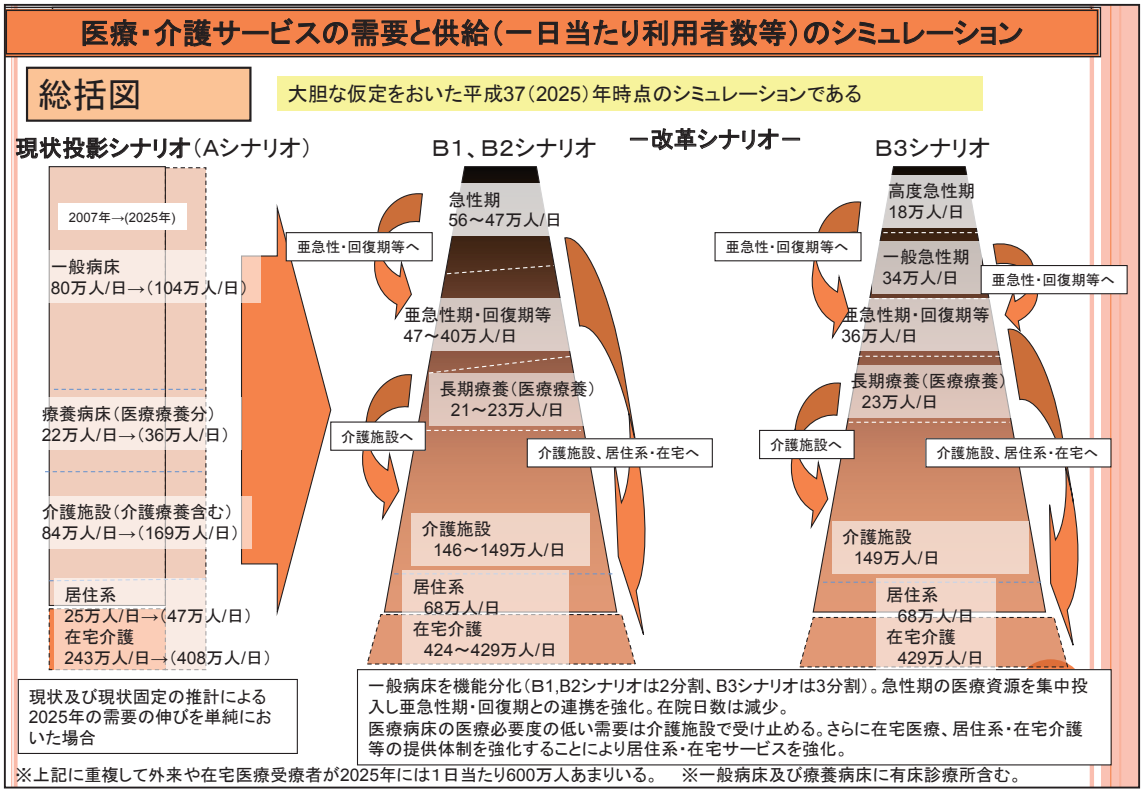
在宅支援機能を持つ主治医と介護支援専門員の連携を軸にした「地域包括ケアマネジメ ント」の実現

9

医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の構築

「チーム医療」「多職種協働」を基本に、限られた専門人材を効果的・効率的に活用し、利用者に対するよりよいサービスの提供を実現

10



11

NIHSM

From Medical Care to Health Care

ナーシングケア →	老人保健施設	1988
ホームケア →	訪問看護	1983
→	在宅福祉サービス	1989
ホスピス →	緩和ケア病棟	1988
ライフケア	有料老人ホーム	1990
→	ケアハウス	1989
健康増進 →	健診・人間ドック	1992
→		
フットネス	有酸素運動	1992
ウェルネス	温泉利用者酸素	1992
	クアハウス	

12

10年ごとの政策目標の変化

1973年　老人医療の量的拡大

1983年　老人医療費の抑制

1993年　老人医療の質の向上

2003年　慢性期医療の再評価

2013年　医療介護の体系的再整備？

13

地域ケアから考えてみると

- 在宅医療・在宅ケアへ追い風
- 訪問S数は横ばい伸び悩み
- 行政施策としてなんとかしたい
- マーケットから考えれば成長分野
- 地域を中心として継続性を確保する
- 利用者を中心に地域で包み込む
- 施設より在宅を重視する
- 全部をひっくるめてまとめる＝全部？
- 地域ケアシステムの中に栄養ケアを編みこんでいく

14

新成長戦略実行計画（工程表）2020年まで

- 医療の市場規模　　59兆円
- 介護の市場規模　　19兆円
- 新規雇用201万人
- （うち介護131万人）
- 平均在院日数（19日）の縮減

＝国民のQOLの向上、職場・家庭への早期復帰実現

- 医療・介護分野のセーフティネット充実による将来不安の緩和により、「貯蓄から消費へ」の拡大

15

社会保障国民会議中間報告・最終報告（H20.11）

公的年金制度に関するシミュレーション（中間報告）

- あるべき医療・介護サービスを前提とした医療・介護費用のシミュレーション
- 「子供と家族を応援する日本」重点戦略で示された少子化対策の社会的なコスト
- →社会保障の機能強化のための追加所要額を試算

○社会保障の機能強化のための改革

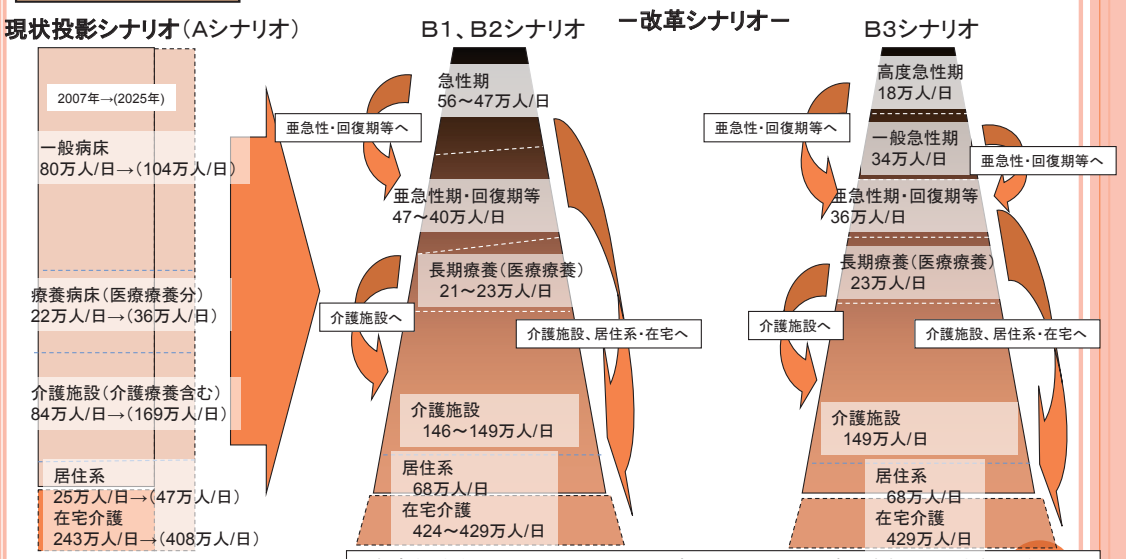
- 高齢期の所得保障
- 医療・介護・福祉サービスの改革
- 少子化・次世代育成支援対策
- セイフティネット機能の強化
- 制度に対する信頼の回復・国民目線に立った改革の実施

16

医療・介護サービスの需要と供給（一日当たり利用者数等）のシミュレーション

総括図

大胆な仮定をおいた平成37（2025）年時点のシミュレーションである



現状及び現状固定の推計による2025年の需要の伸びを単純においた場合

一般病床を機能分化（B1,B2シナリオは2分割、B3シナリオは3分割）。急性期の医療資源を集中投入し亜急性期・回復期との連携を強化。在院日数は減少。
医療病床の医療必要度の低い需要は介護施設で受け止める。さらに在宅医療、居住系・在宅介護等の提供体制を強化することにより居住系・在宅サービスを強化。

※上記に重複して外来や在宅医療受療者が2025年には1日当たり600万人あまりいる。　※一般病床及び療養病床に有床診療所含む。

17

（参考） 医療・介護サービス費用のシミュレーション結果　具体的数値

（経済前提Ⅱ－1の場合）

	現状（2007年）	2025年 Aシナリオ	2025年 B１シナリオ	2025年 B２シナリオ	2025年 B３シナリオ
医療＋介護					
対ＧＤＰ比	7.9 %程度	10.8～10.9%程度	11.6～11.9%程度	11.6～11.9%程度	11.7～12.0%程度
対ＮＩ比	10.7 %程度	14.7～14.8%程度	15.8～16.2%程度	15.7～16.1%程度	15.9～16.3%程度
名目額	41 兆円程度	85兆円程度	91～93兆円程度	91～93兆円程度	92～94兆円程度
医療					
対ＧＤＰ比	6.5 %程度	8.4～8.5%程度	8.6～8.9%程度	8.5～8.8%程度	8.6～ 8.9%程度
対ＮＩ比	8.9 %程度	11.5%程度	11.7～12.1%程度	11.6～12.0%程度	11.8～12.2%程度
名目額	34 兆円程度	66～67兆円程度	68～70兆円程度	67～69兆円程度	68～70兆円程度
介護					
対ＧＤＰ比	1.3 %程度	2.4 %程度	3.0 %程度	3.0 %程度	3.0 %程度
対ＮＩ比	1.8 %程度	3.2 %程度	4.0 %程度	4.1 %程度	4.1 %程度
名目額	7 兆円程度	19 兆円程度	23 兆円程度	24 兆円程度	24 兆円程度

（注1）年度ベースの数値である。
（注2）「～」の左は、医療費の伸び率として要素の積み上げを用いた場合（ケース①）であり、右は賃金と物価の平均に1%を加えたものを用いた場合（ケース②）である。
（注3）GDP及びNIは、2007年：GDP=522兆円，NI=383兆円、2025年（経済前提Ⅱ-1の場合）：GDP=787兆円，NI=578兆円である。

18

シミュレーション結果（2025年）

（経済前提Ⅱ－1の場合）

	現状（2007）	2025年 Aシナリオ	Bシナリオ	Cシナリオ	Dシナリオ
医療＋介護					
対ＧＤＰ比	7.9 %程度	10.8～10.9 %程度	11.6～11.9 %程度	11.6～11.9 %程度	11.7～12.0 %程度
対ＮＩ比	10.7 %程度	14.7～14.8 %程度	15.8～16.2 %程度	15.7～16.1 %程度	15.9～16.3 %程度
名目額	41兆円程度	85兆円程度	91～93兆円程度	91～93兆円程度	92～94兆円程度

	現状（2007）	追加的に必要となる財源（ＧＤＰ比、消費税率換算） Aシナリオ	Bシナリオ	Cシナリオ	Dシナリオ
自己負担	1.0 %				
保険料	3.7 %	+1.2 %（2 %程度）	+1.5～1.6 %（3 %程度）	+1.5～1.6 %（3 %程度）	+1.5～1.7 %（3 %程度）
公費（※）	3.1 %	+1.4 %（3 %程度）	+1.8～1.9 %（4 %程度）	+1.8～1.9 %（4 %程度）	+1.8～2.0 %（4 %程度）

※2015年の財源構成の粗い推計＝どのシナリオも公費追加財源は消費税率換算1%程度。

19

（参考） 医療・介護サービス費用のシミュレーション結果 具体的数値

（経済前提Ⅱ－1の場合）

	現状（2007年）	2025年 Aシナリオ	Bシナリオ	Cシナリオ	Dシナリオ
医療＋介護					
対ＧＤＰ比	7.9 %程度	10.8～10.9%程度	11.6～11.9%程度	11.6～11.9%程度	11.7～12.0%程度
対ＮＩ比	10.7 %程度	14.7～14.8%程度	15.8～16.2%程度	15.7～16.1%程度	15.9～16.3%程度
名目額	41 兆円程度	85兆円程度	91～93兆円程度	91～93兆円程度	92～94兆円程度
医療					
対ＧＤＰ比	6.5 %程度	8.4～8.5%程度	8.6～8.9%程度	8.5～8.8%程度	8.6～ 8.9%程度
対ＮＩ比	8.9 %程度	11.5%程度	11.7～12.1%程度	11.6～12.0%程度	11.8～12.2%程度
名目額	34 兆円程度	66～67兆円程度	68～70兆円程度	67～69兆円程度	68～70兆円程度
介護					
対ＧＤＰ比	1.3 %程度	2.4 %程度	3.0 %程度	3.0 %程度	3.0 %程度
対ＮＩ比	1.8 %程度	3.2 %程度	4.0 %程度	4.1 %程度	4.1 %程度
名目額	7 兆円程度	19 兆円程度	23 兆円程度	24 兆円程度	24 兆円程度

（注1）年度ベースの数値である。
（注2）「～」の左は、医療費の伸び率として要素の積み上げを用いた場合（ケース①）であり、右は賃金と物価の平均に1%を加えたものを用いた場合（ケース②）である。
（注3）GDP及びNIは、2007年：GDP=522兆円，NI=383兆円、2025年（経済前提Ⅱ-1の場合）：GDP=787兆円，NI=578兆円である。

20

介護保険制度の見直しと在宅ケアの重要性

兵庫県立大学大学院経営研究科
医療マネジメントコース　教授　小山　秀夫

21 世紀は在宅ケアの世紀になるであろう。

2011 年 6 月 30 日、政府は「社会保障・税一体改革成案」を公表し、その中で「社会保障給付の規模に見合った安定財源の確保に向け、まずは、2010 年代半ばまでに段階的に消費税率（国・地方）を 10%まで引き上げ、当面の社会保障改革にかかわる安定財源を確保する」と決定した。また、「病院・病床機能の分化・強化と連携、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化、在宅医療の充実等、地域包括ケマネジメント機能強化・居住系サービスの充実、施設のユニット化、重点化に伴うマンパワーの増強」のため、診療報酬と介護報酬の体系的見直し、基盤整備の一括的な法整備を行うとしている。

「社会保障・税一体改革成案」は、多分 21 世紀の社会保障の方向性を示す重要な文章であり、介護保険関係者にとって必読であると思う。なぜならば、この案の冒頭部分に「本成案をもって野党各党に社会保障改革のための協議を提案し、参加を呼び掛ける」という、政府与党の公式文書として異例の書き込みがあるからである。別の言葉でいえば、国民生活のための「社会保障を政争の道具にしない」という宣言に等しいからである。

記憶に新しいが、2008 年 6 月 19 日に首相府「社会保障国民会議」は、公的年金・医療・介護サービスを前提とした費用のシミュレーションを示し、社会保障の機能強化のための追加所要額を試算した中間報告書を公表した。この中で、「わが国の医療が抱えている構造問題への解決への取組が欠かせない」と指摘した。

その上で、国際標準から見て過剰な病床の思い切った適正化と疾病構造や医療・介護ニーズの変化に対応した病院・病床の機能分化の徹底と集約化「施設完結型」システムから「地域完結型」システムへの転換。地域の病院・診療所が網の目状のネットワークをはり、地域資源を最大限効率的に活用しながら相互の機能分担・連携によって「面的」に医療ニーズをカバーする体制の実現、および地域における医療・介護・福祉の一体的提供（地域包括ケア）の実現 が求められるとした。

さらに、医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の構築の観点から、「チーム医療」「多職種協働」を基本に、限られた専門人材を効果的・効率的に活用し、利用者に対するよりよいサービスの提供を実現することが必要であるとしている。

この社会保障国民会議の中間報告は、自民党が与党時代の麻生政権の文書であるが、前に述べた「社会保障・税一体改革成案」と基本的に同様な方針が示されている。つま

り、3 年前の社会保障国民会議の中間報告の方針が、現政権でも追認されていると考えられるのである。

介護保険制度の見直しについては、2011 年 11 月 30 日の社会保障審議会介護保険部会の「介護保険制度の見直しに関する意見」によって、方向性を読み取ることができる。また、介護報酬見直しについては、現在、社会保障審議会介護給付費分科会で議論が進められている。8 月 10 日の分科会では、「主な論点」が整理され、今後、今年中に 10 回以上日程が組まれている分科会で細部にわたる議論が展開されることになる。

これまでの分科会における議論をみていると、介護報酬の引き上げをともなう介護保険サービスの拡大や質の向上に関する議論と、介護保険における医療との関係に関する議論に大別できるように思う。たとえば、「介護職員処遇改善交付金」の対応に関する議論は、大半が財源をどのように確保するかということに関連せざるをえない。また、医療と介護の連携問題などは、医療と介護をどのように考えるかという大問題が横たわっているが、解決しなければならない課題は、介護保険側よりも医療保険側に山積みされている。

また、地域包括ケマネジメントシステムの構築や機能強化については、必要性も理念も十分理解できるが、介護報酬上どのような設定をすれば実現できるかといった報酬政策上の課題が未解決であると見受けられるものもある。

具体的なことは、9 月以降の分科会で議論されることになるが、サービスの拡大や質の向上に関する議論はまとまりやすいが、介護と医療との関係については診療報酬改定議論と並行して進める必要もある。

以上の最近の動向の中で、医療介護政策は、在宅ケアの重視という方向性が明らかである。それゆえ、地域における栄養ケアの充実もこの方向性の延長線にあることは確かである。

一般社団法人日本健康・栄養システム学会　特別研修会

栄養改善サービスの医療との連携

～治す医療から支える医療へ～

医療法人社団博腎会　野中医院
野中　博

1

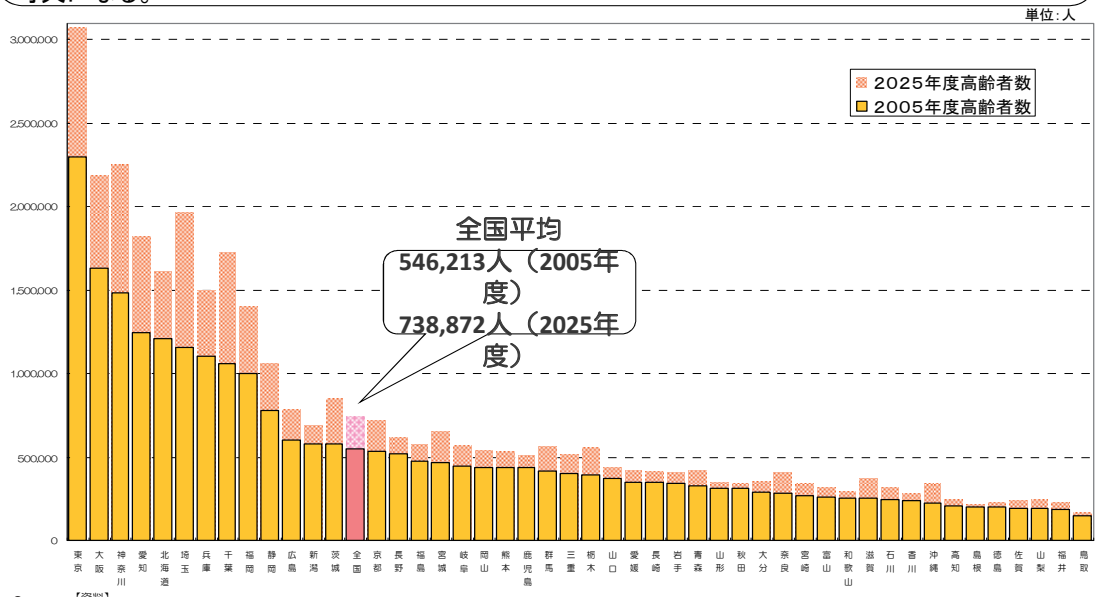
患者さんの言葉

・栄養士さんの言うようにはできない。
・先生、ラーメンは一生食べられないの？
・この病気で、食べていけないのは何、
食べて良いものは何？

2

都道府県別高齢者数の増加状況

高齢者人口は、今後20年間、首都圏を始めとする都市部を中心に増加し、高齢者への介護サービス量の増加が見込まれるとともに、高齢者の「住まい」の問題等への対応が不可欠になる。



【資料】
2005年の高齢者人口については、総務省統計局「平成１７年国勢調査第１次基本集計（確定値）」
2025年の高齢者人口については、国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（平成１４年3月推計）」

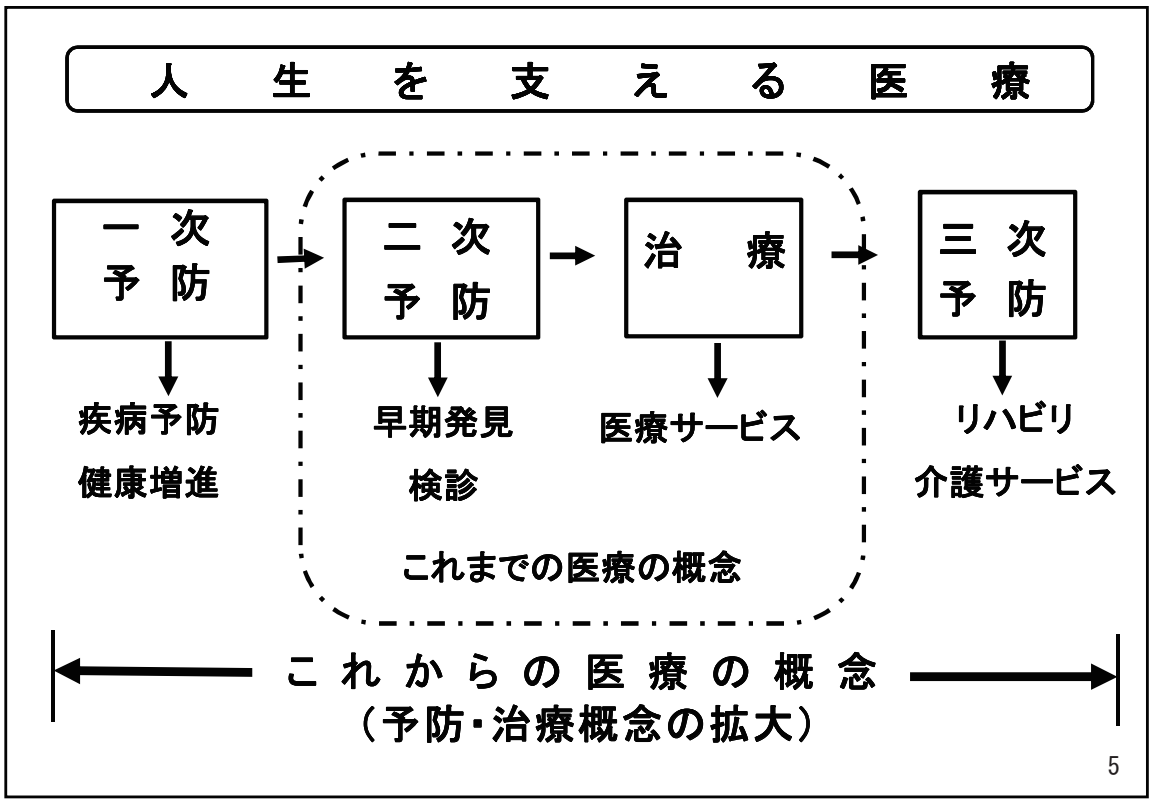
3　2

（1） 医療・介護サービスの需要と供給（一日当たり利用者数等）のシミュレーション

20

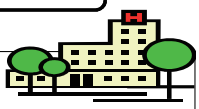
	現状（2007年）	2025年			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
急性期	80万人／日	104万人／日	56万人／日	47万人／日	高度18万人／日 一般34万人／日
亜急性期・回復期等		（73万人／日 31万人／日）	47万人／日	40万人／日	36万人／日
（急性期小計）	（80万人／日）	（104万人／日）	（103万人／日）	（87万人／日）	（88万人／日）
長期療養（医療療養）	22万人／日	36万人／日	21万人／日	23万人／日	23万人／日
介護施設 特養 老健	84万人／日 42万人／日 42万人／日 （老健＋介護療養）	169万人／日 85万人／日 83万人／日	146万人／日 76万人／日 70万人／日	149万人／日 78万人／日 72万人／日	149万人／日 78万人／日 72万人／日
（入院・介護施設小計）	（186万人／日）	（309万人／日）	（271万人／日）	（259万人／日）	（260万人／日）
居住系 特定施設 グループホーム	25万人／日 11万人／日 13万人／日	47万人／日 22万人／日 25万人／日	68万人／日 33万人／日 35万人／日	68万人／日 33万人／日 35万人／日	68万人／日 33万人／日 35万人／日
在宅介護 うち小規模多機能	243万人／日 1～2万人／日程度	408万人／日 数万人／日程度	424万人／日 60万人／日	429万人／日 60万人／日	429万人／日 60万人／日
（居住系・在宅介護小計 うちGH・小規模多機能）	（268万人／日） （14～15万人／日程度）	（454万人／日） （25＋数万人／日程度）	（492万人／日） （95万人／日）	（497万人／日） （95万人／日）	（497万人／日） （95万人／日）
外来・在宅医療	582万人／日	634万人／日	631万人／日	644万人／日	643万人／日
利用者総数（重複あり）	（1036万人／日）	（1397万人／日）	（1394万人／日）	（1400万人／日）	（1400万人／日）
（参考）総人口	1億2,777万人	1億1,927万人			

4


人　生　を　支　え　る　医　療
一　次
予　防
二　次
予　防
治　療
三　次
予　防
疾病予防
健康増進
早期発見
検診
医療サービス
リハビリ
介護サービス
これまでの医療の概念
これからの医療の概念
（予防・治療概念の拡大）
5

・治す医療(EBM)
・支える医療(NBM)
6

入院から退院へ

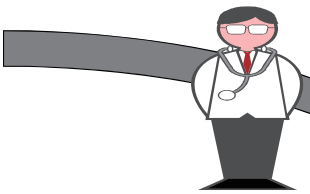


病院（急性期医療を提供する病院）

【入院時】
- 患者家族と面談
- 入院治療計画の説明
- 初期計画（クリティカル・パス）
- 在宅支援の必要性の有無、方向性確認

【入院時合同カンファレンス】

【スクリーニング（医学診断・看護診断】



院内職種
看護師、
薬剤師、
PT、OT、ST、
栄養士、
ケースワーカー etc

【退院調整促進（ケースカンファレンス）】

【退院計画】
- 退院指導
- 患者・家族への援助
- 支援
  関係機関の調整

地域の保健・医療・福祉サービス機関と連携し支援

【評価カンファレンス】

7

入院機能

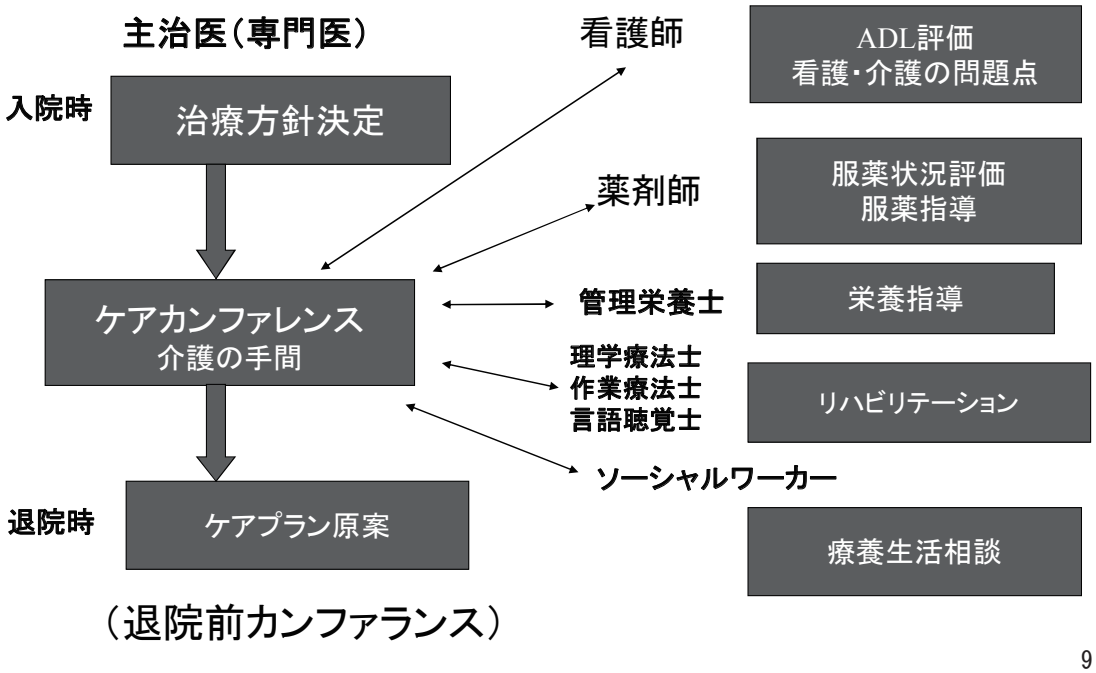
1.病気の診断・治療

2.入院中の生活の保持

3.退院後の医療と生活の安定の確保

8

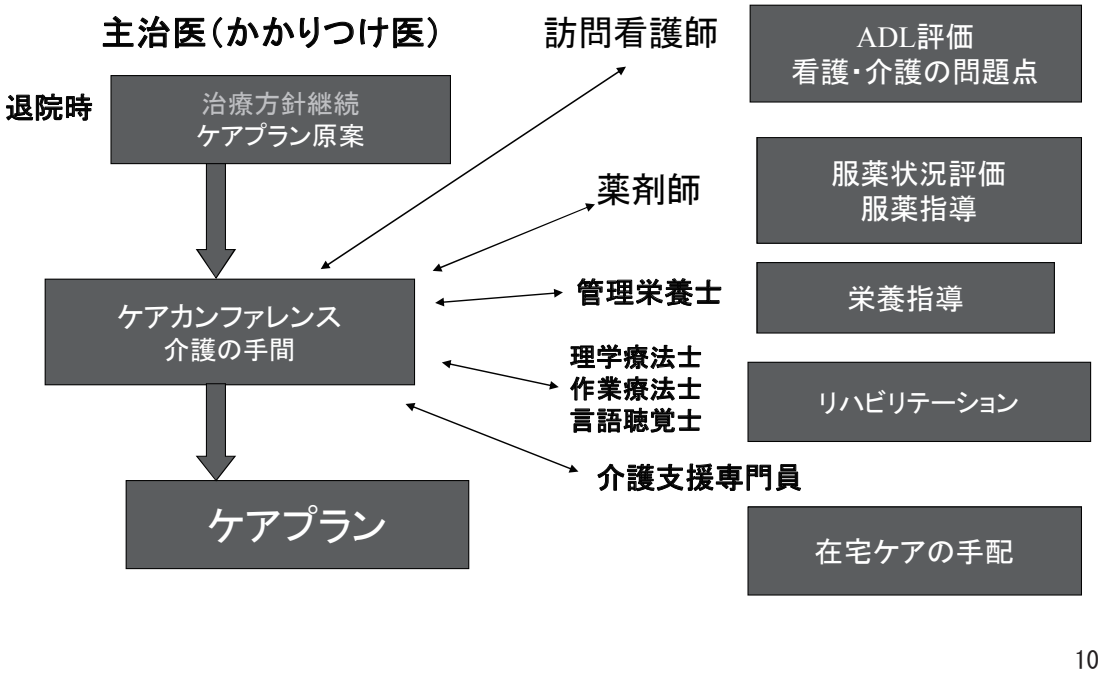
入院から退院へ



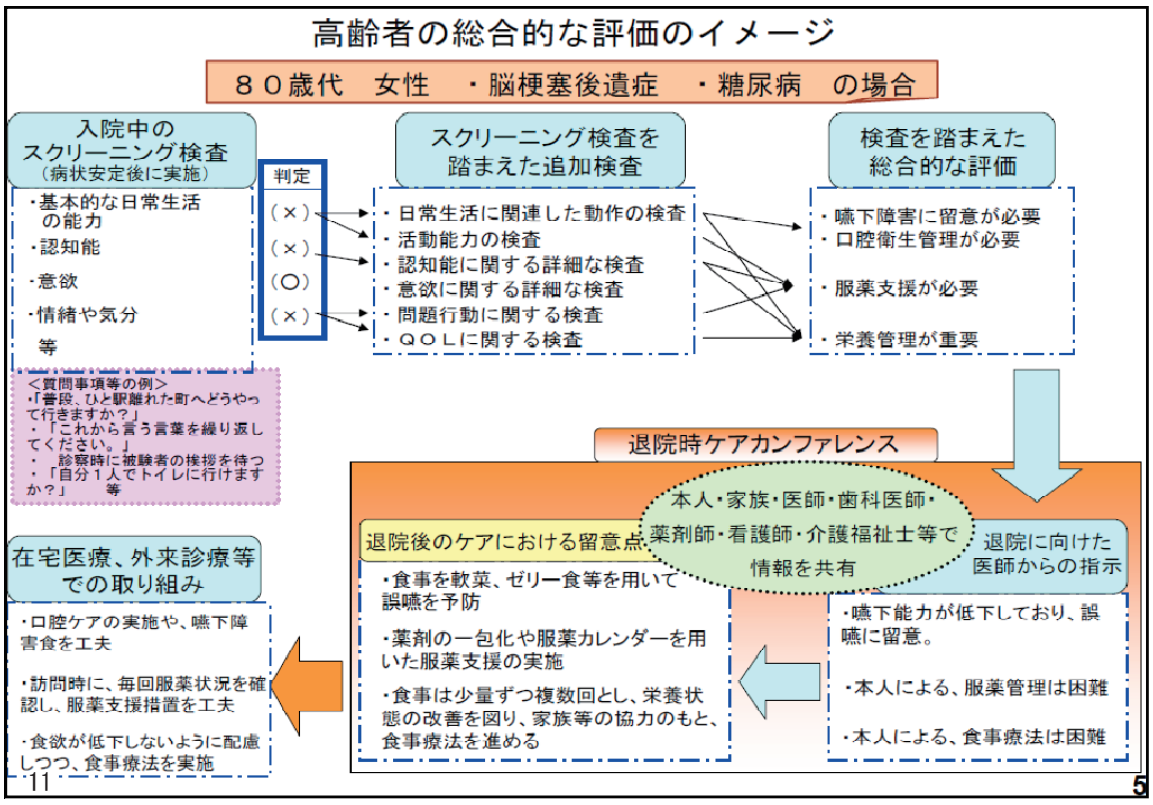
（退院前カンファランス）

9

病院からの退院を受けて（サービス担当者会議）



10



切れ目のない医療連携

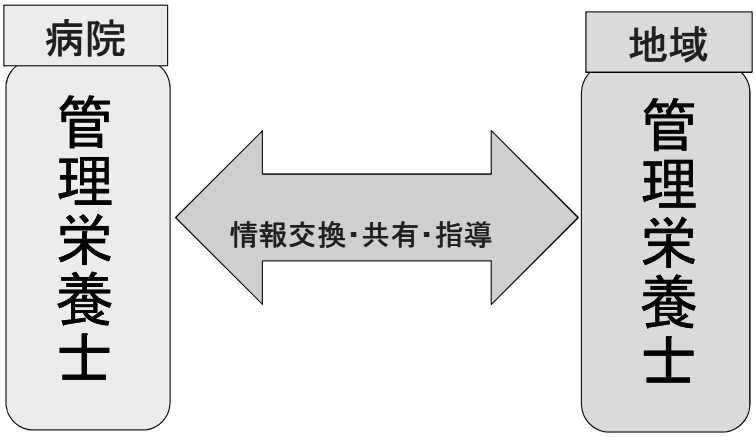
医療機関における
多職種連携による退院調整
（退院前カンファランス）

ケアプラン

地域における
多職種連携による生活支援
（サービス担当者会議）

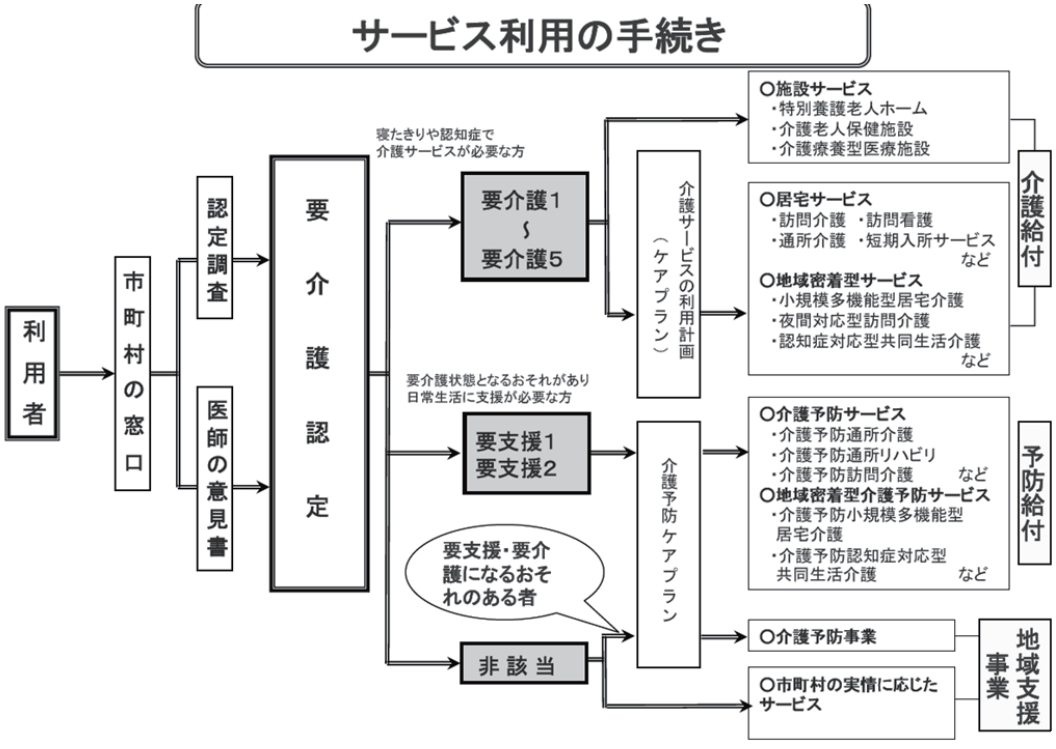
12

管理栄養士の連携



13

サービス利用の手続き



14

介護保険での医師の役割

1. 患者への指導・助言
2. 主治医意見書の記載
3. 介護認定審査会
4. 介護サービス担当者会議
5. 要介護度・介護サービス計画の見直し
6. 居宅療養管理指導（介護保険法）
7. 診療情報提供（医療保険）

15

居宅療養管理指導

（基本方針）

要介護状態になった場合においても。その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活ができるよう、医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士又は管理栄養士が、通院困難な利用者に対して、その居宅を訪問して、その心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行う事より、その者の療養生活の質の向上を図る。

16

居宅療養管理指導

（心身の状況等の把握）

居宅療養管理指導の提供に当っては、利用者に係わる居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、病歴、服薬歴、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努める。

17

居宅療養管理指導（管理栄養士）

・ 通院又は通所が困難な利用者に対して、基準に適合する指定居宅療養管理指導事業所の管理栄養士が、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、当該利用者の居宅を訪問し、栄養管理に係わる情報提供や指導・助言をした場合に、月2回を限度として算定する。

18

居宅療養管理指導（管理栄養士）

居宅で療養を行っており、通院による療養が困難な利用者について、医師が特別食を提供する必要を認めた場合又は当該利用者が低栄養状態にあると医師が判断した場合に、指定居宅療養管理指導事業所の管理栄養士が、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、当該利用者の居宅を訪問し、栄養ケア計画に従った栄養管理に係わる情報提供及び栄養食事相談又は助言を30分以上行った場合に、１月に2回を限度として算定する。

19

居宅療養管理指導（管理栄養士）

（算定要件）

① 低栄養状態にあると医師が判断した者に対して、医師、歯科医師、看護師薬剤師等が共同して、利用者ごとの摂食、嚥下機能や食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成している。

② 栄養ケア計画に従い栄養管理を行うとともに、利用者又はその家族等に対して、栄養管理に係わる情報提供及び指導又は助言を行い、利用者の栄養状態を定期的に管理している。

③ 栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて計画の見直しを行っている。

20

不安を安心へ

病気を抱える不安
患者さんの不安を共有
共に考え、共に歩む、共に闘う
医療は患者さんとの協働作業

不安→不満→不信

21

医療の目的とは

地域のすべての人々が、人間としての尊厳が尊重され、住み慣れた地域で最愛の家族と地域の人々に囲まれながら、安心していつまでも暮らすことを医学を通じて支援することが医療の目的

22

医療・介護サービスの連携について

野中医院院長　　野中　博

１．　皆さん、こんにちは。私の専門は内科で特に腎臓病です。ですから食事指導は、私にとっては身近ですが、透析患者や腎臓病患者に対して、食事療法の理論は理解できてもその食事療法が効果的に実施されたかは私にとっては大事な課題でした。

懸命に食事療法を頑張って、しかし栄養失調になり、さらにその結果として合併症を発症起こしてしまう患者を何人か経験してきました。昭和 47 年から人工透析の治療に関わりましたが、医師や管理栄養士の指導を無視して食べる患者が、30 年以上の透析歴を有していることを経験しています。そうすると、食事指導って何なのかを常に考えさせられて来ました。しかし、その後 2000 年から介護保険が始まり、高齢者の自己実現のための食事療法に遭遇し、改めてこの食事療法の大切さを認識しました。

医師が管理栄養士を適切に活用していないのは、多くは医師に責任があると思いますが、管理栄養士が現場からどのように見られているのかを、お話をさせて頂き、一歩前に進むことを躊躇されている管理栄養士の方々が、医師や患者と共に一歩前に進まれる一助になれば幸いです。

先ほど、今回の東日本第震災の話がありました。ここから私たちは何を学ぶべきかを考えますと、やはり当然生活が破綻する。その生活の破綻すなわち食べることが破綻することの意味は何なのか、そしてどう早く回復するか、そそのためには医師の仕事もありすが、実は管理栄養士の皆さん方の仕事も大きく絡んでいることをまずは理解して頂く必要があると思います。病気や障害を抱え介護を必要とされる方々は、地域で、生活が破錠するという意味で震災にあった方と理解する必要があると思います。

これらの生活が破綻された方にとって、食事を改善するために生活のすべてを改善する努力が大事と思います。それらの改善への支援には地域に医療や介護の多職種の人々が存在しています。その多職種の人々と協力してこそ、管理栄養士の仕事が患者にとって意義を感じることをご理解していただきたいと思います。

２．　私は透析療法を通じて腎臓病の患者のケアをしていますが、いつも患者から「指導受けても、管理栄養士の言うようにはできない。先生、ラーメンは一生食べられないのですか」と言われます。患者は、食事指導を初めて受けるときは、食べていけないものは何、食べていいものは何と理解をされるのです。栄養指導受けた患者が、病気を抱えながら、これからの人生をどのように歩むかという時に、本来大切な味方である管理栄養士は、敵と思っているのではないか‥とも思われます。

管理栄養士本来の仕事は、患者が病気や障害を抱えても、自己実現を求める上で大切な役割があることを、改めて認識をしていただきたいと思います。

３．　スライドはこれからの 2025 年に向かって、地域の中で非常に高齢者の数が増えることを示しています。特に東京、大阪の大都市圏で急激に増えることが予測されています。今後援助が必要な方が大都市圏で、非常に増えると理解できます。この高齢者の方々は戦後 60 年、わが国の復興に懸命頑張ってきた方々です。その方が、都会でひっそりと暮らして、そして、ひっそりと死んでいく社会は、あまりに淋しい話と思います。その高齢者の方々が、独居の生活であっても、おいしく楽しく食べる人生を実現することこそ私たちの役目と思います。

４．　このスライドは 2025 年に向かっての医療・介護のサービスの需要と供給のシミュレーションです。2007 年には、在宅介護受けられている方は約 240 万人で、外来受診者が 580 万人だった。2025 年には、在宅介護を受けられる方が 430 万人に増えると予想されます。施設サービスを倍にしても、在宅での医療や介護サービスを受けられる方が増えるわけです。この増加に対して、地域の現場で、特に診療所も含めて、この方々をお世話する必要があります。地域での生活をつくるわけですから、当然管理栄養士の役割は、大きくなることは理解する必要があります。すなわち、様々な病院が整備されたとしても、様々な介護施設が整備されたとしても、今まで以上に在宅医療･介護の対象者が増えるのです。しかし、この状況に対してまだまだ準備は整っていない状況であり、これが大きな問題でして、つまり今まで以上に、栄養ケアチームの役割が増えるとも理解されます。

５．　これから私たちは、一人一人の生涯を支える医療を考えることが大切と思います。そのためには、病気を早期発見する。すなわち検診等から早期発見をして治療するだけではなく、健康づくりという場面からも関わる必要があります。その役割を果たすのが、地域に存在する診療所であり、そして管理栄養士が如何に関わるかが重要な話と思います。

６．　一方で、克服できない病気を抱えるあるいは固定して障害が残ったとしても、リハビリテーション等様々関わることによりその患者の残された人生に如何に関わるかが大切です。従来のリハビリテーションの概念を広げ、生涯を支えるとの視点が大事と思いますので、ぜひ、この件は認識をしていただきたいと思います。

確かに、病気を治す医療は大事で、この治す医療にはエビデンスが重要な役割を果たします。しかし治す医療だけではなく、病気を抱えながら生きていく人を如何に支えるかも重要ですし、それが大切な患者の望みではないでしょうか？例えば、高血圧や糖尿病の病気を進行させないかにおいても、あらためて支える医療を認識する必要があると思います。

病気や障害を抱えた患者でも、自らの病状に応じて住み慣れた地域での生活を選択される患者も多数存在します。その際には、病気の治療のために入院した人が、如何にして地域に戻るかを検討することが重要です。あらためて入院の役割を考える必要があります。入院すると医師が主となって治療しますが、治療しても完全に克服できるとは限りません。

その場合には、病状が安定して地域で支えていくことの実現が期待されます。

７．　入院した時から、支える医療は始まっています。その為には院内の多職種の活動にかかっています。その場面では当然管理栄養士も絡む必要があります。管理栄養士だけでなく、様々な多職種が退院後の生活も考えることが大事なのです。

８．　入院すると、病気の診断と治療がなされることは当然ですが、退院後の医療と生活の安定の確保、これも当然な入院の機能です。しかし、入院している間には、全ての多職種が関わり、入院中の生活が保持をされている筈です。その経過があるからこそ、退院後の生活の安定の確保の実現ができるのです。この部分が現状ではまだまだ適切に理解されてそして実行されていないことが本当の課題と思います。

９．　つまり、入院されると、医師は診断を行いそして治療方針を決定します。その他病院内には看護師、薬剤師、管理栄養士等様々な専門職の人たちが存在します。これらの多職種が医師とともに、ケアカンファレンスにて医療や介護の手間を協議してケアプランの原案を作成します。このケアプラン原案は、当然退院後の安定した生活を目標とするものです。このケアプラン作成は介護支援専門員だけの仕事ではありません。病院内でケアプランの原案を多職種が適切に関わり作成する。その場所がカンファレンスです。しかし、現状では病院内には様々多職種の人々が働いているにも関わらず、これらの多職種が適切に連携していないことが大きな問題なのです。

１０．　病院内で多職種が関わり作成されたケアプランの原案が、次に地域の医師や介護支援専門員に提示をされます。尚、病院内で作成されたケアプラン原案では、実際に医療や介護のために必要な職種も提案されます。そこで提案された職種の人々が介護支援専門員の開催するサービス担当者会議に集合し、提案されたケアプラン原案が患者本人や家族をはじめ医療や介護の関係者により検討され実際のケアプランが確認され実施されます。患者の生涯を支える医療や介護にとって、個々が一番大切で重要なポイントです。このことをもっと、私たちは認識すべきです。

１１．　このスライドは、高齢者の総合的評価について示しています。退院するにはまず総合的評価をする必要です。このスライドでは 80 歳代の女性が、脳梗塞と糖尿病のため入院治療を受け、退院前カンファランスの状況を示しています。病状が安定した患者を総合的に評価すると、嚥下障害があり、その為摂食に注意が必要、さらに口腔衛生管理が必要、あるいは服薬支援が必要、そして栄養管理も重要等の課題が評価されます。医師の指示、さらに様々な多職種からの情報を共有して、これらの課題を解決する方法が提案されます。最終的にはこれらの提案を受け、在宅での生活を医療や介護等で支えていきます。

この流れを適切に実現するために、退院前ケアカンファレンスが大切です。
現状では、病院内では医師が病状から退院を判断し決定しますが、この現状を考えてみる必要があります。昨年の診療報酬でも、この退院調整や総合評価等様々に評価されており、現場ではさらに検討され実行される事が期待されています。

１２．　切れ目のない医療連携の目標とするのは、患者さんの生活や人生を支えることですから、医療機関における多職種連携による退院調整でつくられたケアプランが、地域において介護支援専門員が開催するサービス担当者会議によって、すなわち多職種連携による生活支援につながるのです。これが患者の生涯を支える医療連携と理解して頂きたいと思います。

１３．　その為、病院の管理栄養士と地域の管理栄養士が情報を共用して指導していくことが大事な事がおわかりと思います。当然、この管理栄養士の職種を、医師、看護師、リハビリテーション専門職等と置き換えて理解する必要があります。
大切なのは情報共有で、それによってはじめて患者の生活を支援することが出来るのです。しかし、現状では病院の管理栄養士と地域の管理栄養士の結びつきは、全く見えません。ぜひ、ご自分の活動の次のステップとして地域の管理栄養士につなげる事を検討され実行して頂きたく思います。

１４．　介護保険はご承知のように、要介護認定を受けて、そして要介護度が決定され、その後サービス担当者会議にてケアプランが作成されそして介護サービスが提供されます。このケアプランで実際の様々な介護サービスが提供される事を改めて認識して頂き、その際自らの職種同士の連携の大事さを考えていただきたいと思います。これは地域の診療所の医師として、腎不全、糖尿病、高血圧等の患者の治療を行いながら、栄養指導の必要性を認識しても、地域に管理栄養士がどこに存在されているのか解りません。　以前、私の診療所には管理栄養士がいましたが、あらためて受験され看護師さんになってしまいました。管理栄養士に適切な仕事の場を提供できなかったことを申し訳なく思いますが、人のお世話をしたいとの気持ちが強く看護師の道を選んだようです。ぜひ、管理栄養士が、地域の在宅の現場で仕事が出来る事を期待しております。今回、東京都医師会の会長になりましたので、東京都の栄養士会と密接な関係をつくり、管理栄養士の活動される場が広がる事を期待しております。

１５～１７．　介護保険では、医師の役割として、大事なのは、居宅療養管理指導です。居宅療養管理指導と密なる関係にあるのが診療情報提供書です。介護保険を利用してさらに医師が患者宅に訪問診療をしている患者に対して、患者の生活を支える多職種に対して、様々な情報を提供する役割を果たすのが、居宅療養管理指導です。この居宅療養管理指導

には管理栄養士が関わるものがあります。患者の居宅を訪問して、その心身の状況、置かれている環境等を把握して、それらを踏まえて療養上の管理、指導を行うことによりその者の療養生活の質の向上を図ることが目的になっています。

原則としてサービス提供にあたっては、居宅介護支援事業者の開催するサービス担当者会議等を通じて、様々な情報の把握に努めることが、原則となっています。管理栄養士は介護支援専門員が開催する担当者会議に参加することの意義を理解してください。

残念ながら、管理栄養士がそのサービス担当者会議に呼ばれることは、なかなかないのが現状と思います。このサービス担当者会議にどういう職種の人が呼ばれるかが大事と思います。ですから、先ほど話したように病院から退院する際に、栄養指導が必要な患者には、病院の作成するケアプラン原案に地域における管理栄養士の役割を提案することが必要なのです。病院からのケアプラン原案が無ければ介護支援専門員は管理栄養士を担当者会議に呼ぶ事はまずありません。だからこそ、病院における退院調整が大事なのです。そのため、病院に存在する管理栄養士の皆さんには、必ず病院内の退院調整時には、必ず参加する事の意義を理解して頂きたくお願いします。

１８～２０．　管理栄養士の居宅療養管理指導の算定要件としては、栄養状態に問題があると医師が判断した患者に対して、医師と共同して、利用者のもとで摂食、嚥下障害、嚥下機能や食形態にも配慮した、栄養ケア計画を策定する事が必要とありますので、あらためて認識をして下さい。

ただ、一方で医師もこの事を認識し適切に指示する必要がありますので、医師が管理栄養士を容易に地域で認識できる必要も有りこれもこれからの課題と思います。また、多職種協働において管理栄養士の役割を認識して下さい。

２１．　最後に、ぜひ、管理栄養士の皆さんが患者に対して指導される時には、ともに考えて、ともに歩んで、ともに病気と闘う姿勢を示して頂きたい。そして、患者の生活、病気を抱えても自己実現が可能な事等一緒に考えていただきたいと思います。冒頭でお話した、ラーメンは一生食べちゃいけないの、何を食べていいのか、何を食べて悪いのか等患者の理解の限界を認識され、患者の人生を、病気を抱えた人生を、支えたとの視点で、話をされることが、大事と思います。これは何も管理栄養士に限られた事ではなく、医師をはじめ看護師等医療や介護の全ての職種の人に当てはまる事です。病気を抱えた患者とともに闘うという姿勢があるからこそ、患者から信頼を得る事が出来ることが大事なのです。

２２．　医療は、患者との共同作業です。患者が医療不信に陥る事がないように、不安を安心に変える活動をぜひ、目指していただきたいと思います。医療は、治すことだけではなく、人間としての尊厳が尊重され、住み慣れた地域で、最愛の家族と地域の人々に囲

まれながら、安心していつまでも暮らすことを、医学を通じ、支援することが医療の目的です。

東日本大震災から復興する事は、国民にとって大きな課題と思いますが、日々目の前の一人一人の患者や障害を抱えた人に対して、その人の尊厳を大切にして活動していくことが改めて大事と思います。どうもご清聴ありがとうございました。

地域高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチームの展開のための課題解決と展開にむけて
―ケアマネジメントとの連携―

一般社団法人
日本介護支援専門員協会
会長　木村　隆次

1

介護支援専門員の医療連携（リハビリテーション、口腔機能改善、栄養改善）についての相談相手の有無および職種調査

- 調査期間：平成22年2月25日～3月19日
- 調査対象：

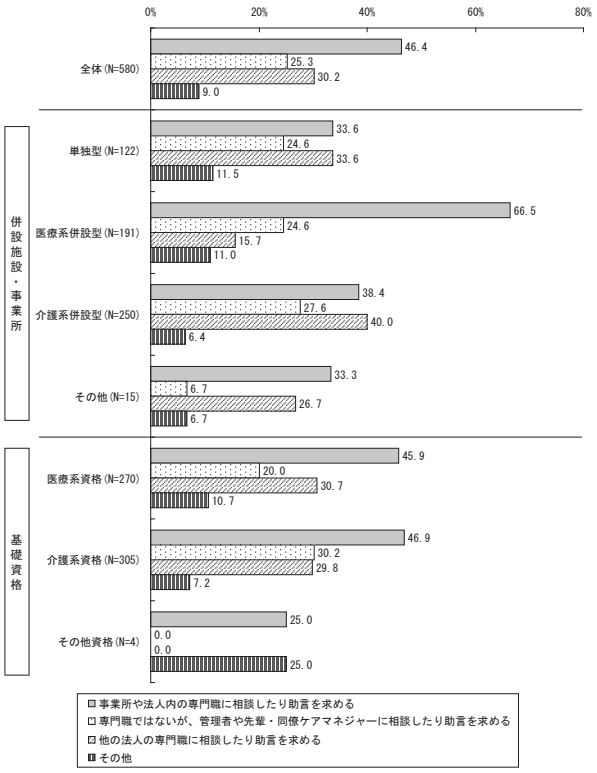
当協会会員のうち居宅介護支援事業所に勤務する介護支援専門員

4000名

- 回収状況：有効回答数580件（14.5％）

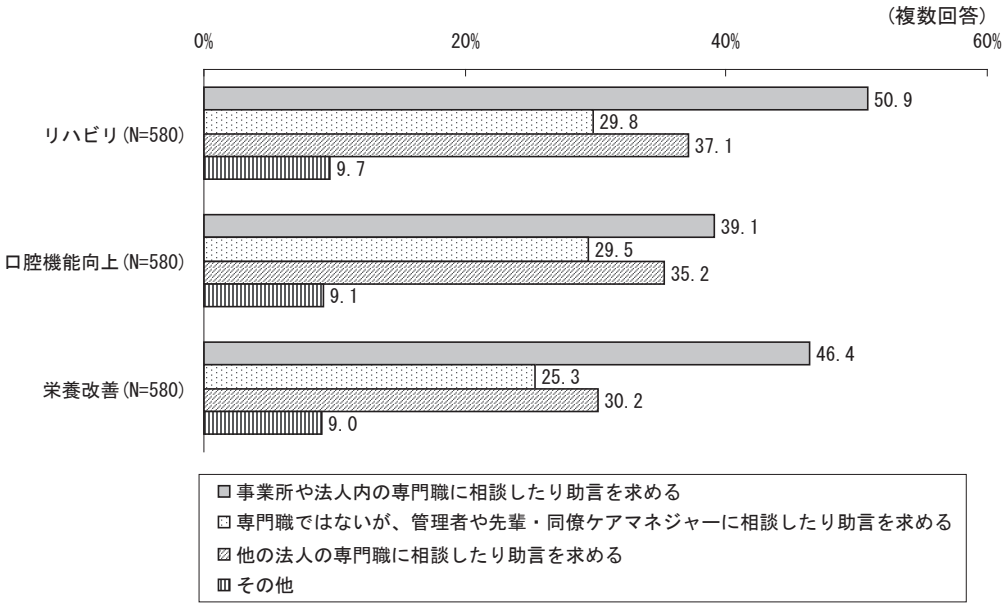
2

相談助言を求める相手（栄養改善）（複数回答）



3

相談助言を求める相手（3サービス比較）



4

栄養改善に関する相談者・助言者の職種（同一法人）

（複数回答）

			合計	同一法人（医師）	同一法人（歯科医師）	同一法人（薬剤師）	同一法人（看護職）	同一法人（歯科衛生士）	同一法人（管理栄養士）	同一法人（理学療法士（PT））	同一法人（作業療法士（OT））	同一法人（言語聴覚士（ST））	同一法人（その他）	無回答
全体		N	357	88	2	12	134	5	177	7	9	12	17	86
		%	100.0	24.6	0.6	3.4	37.5	1.4	49.6	2.0	2.5	3.4	4.8	24.1
併設施設・事業所	単独型	N	65	17	0	4	20	1	20	1	0	2	5	25
		%	100.0	26.2	0.0	6.2	30.8	1.5	30.8	1.5	0.0	3.1	7.7	38.5
	医療系併設型	N	139	56	1	6	65	2	96	4	7	9	1	8
		%	100.0	40.3	0.7	4.3	46.8	1.4	69.1	2.9	5.0	6.5	0.7	5.8
	介護系併設型	N	145	14	1	1	48	2	60	2	2	1	11	48
		%	100.0	9.7	0.7	0.7	33.1	1.4	41.4	1.4	1.4	0.7	7.6	33.1
	その他	N	8	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	5
		%	100.0	12.5	0.0	12.5	12.5	0.0	12.5	0.0	0.0	0.0	0.0	62.5
基礎資格	医療系資格	N	177	60	2	5	66	3	89	5	7	9	6	40
		%	100.0	33.9	1.1	2.8	37.3	1.7	50.3	2.8	4.0	5.1	3.4	22.6
	介護系資格	N	176	28	0	6	67	2	87	2	2	3	10	44
		%	100.0	15.9	0.0	3.4	38.1	1.1	49.4	1.1	1.1	1.7	5.7	25.0
	その他資格	N	3	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	2
		%	100.0	0.0	0.0	33.3	33.3	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	66.7
ケアマネジャーとしての実務年数	１年未満	N	7	2	0	0	2	0	2	0	0	0	0	2
		%	100.0	28.6	0.0	0.0	28.6	0.0	28.6	0.0	0.0	0.0	0.0	28.6
	１～３年未満	N	34	6	0	0	14	0	16	1	1	1	1	7
		%	100.0	17.6	0.0	0.0	41.2	0.0	47.1	2.9	2.9	2.9	2.9	20.6
	３～５年未満	N	60	11	0	3	25	2	31	1	0	3	3	12
		%	100.0	18.3	0.0	5.0	41.7	3.3	51.7	1.7	0.0	5.0	5.0	20.0
	５～８年未満	N	98	20	2	1	37	1	50	1	2	2	7	20
		%	100.0	20.4	2.0	1.0	37.8	1.0	51.0	1.0	2.0	2.0	7.1	20.4
	８年以上	N	155	49	0	8	54	2	78	4	6	6	6	44
		%	100.0	31.6	0.0	5.2	34.8	1.3	50.3	2.6	3.9	3.9	3.9	28.4
サービス利用者の状況	利用者なし	N	15	4	1	0	6	0	5	0	0	1	1	5
		%	100.0	26.7	6.7	0.0	40.0	0.0	33.3	0.0	0.0	6.7	6.7	33.3
	リハのみの利用者あり	N	181	41	1	8	66	5	91	4	6	9	11	40
		%	100.0	22.7	0.6	4.4	36.5	2.8	50.3	2.2	3.3	5.0	6.1	22.1
	口腔又は栄養の利用者あり	N	143	40	0	4	52	0	75	3	2	1	3	37
		%	100.0	28.0	0.0	2.8	36.4	0.0	52.4	2.1	1.4	0.7	2.1	25.9
研修会参加の有無	研修会参加者	N	24	3	0	0	10	0	10	0	0	0	2	7
		%	100.0	12.5	0.0	0.0	41.7	0.0	41.7	0.0	0.0	0.0	8.3	29.2
	研修会参加者以外	N	333	85	2	12	124	5	167	7	9	12	15	79
		%	100.0	25.5	0.6	3.6	37.2	1.5	50.2	2.1	2.7	3.6	4.5	23.7

5

栄養改善に関する相談者・助言者の職種（他の法人）

（複数回答）

			合計	他の法人（医師）	他の法人（歯科医師）	他の法人（薬剤師）	他の法人（看護職）	他の法人（歯科衛生士）	他の法人（管理栄養士）	他の法人（理学療法士（PT））	他の法人（作業療法士（OT））	他の法人（言語聴覚士（ST））	他の法人（その他）	無回答
全体		N	357	100	11	6	91	8	72	7	3	5	9	170
		%	100.0	28.0	3.1	1.7	25.5	2.2	20.2	2.0	0.8	1.4	2.5	47.6
併設施設・事業所	単独型	N	65	19	2	1	15	1	16	2	0	1	1	28
		%	100.0	29.2	3.1	1.5	23.1	1.5	24.6	3.1	0.0	1.5	1.5	43.1
	医療系併設型	N	139	30	3	2	22	2	20	0	0	2	2	85
		%	100.0	21.6	2.2	1.4	15.8	1.4	14.4	0.0	0.0	1.4	1.4	61.2
	介護系併設型	N	145	49	6	3	52	5	34	5	3	2	6	54
		%	100.0	33.8	4.1	2.1	35.9	3.4	23.4	3.4	2.1	1.4	4.1	37.2
	その他	N	8	2	0	0	2	0	2	0	0	0	0	3
		%	100.0	25.0	0.0	0.0	25.0	0.0	25.0	0.0	0.0	0.0	0.0	37.5
基礎資格	医療系資格	N	177	50	6	2	40	4	36	3	1	4	6	90
		%	100.0	28.2	3.4	1.1	22.6	2.3	20.3	1.7	0.6	2.3	3.4	50.8
	介護系資格	N	176	48	4	4	50	4	36	3	2	1	3	79
		%	100.0	27.3	2.3	2.3	28.4	2.3	20.5	1.7	1.1	0.6	1.7	44.9
	その他資格	N	3	2	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0
		%	100.0	66.7	33.3	0.0	33.3	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0
ケアマネジャーとしての実務年数	１年未満	N	7	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	4
		%	100.0	14.3	0.0	0.0	14.3	0.0	14.3	0.0	0.0	0.0	0.0	57.1
	１～３年未満	N	34	5	0	0	10	0	3	0	0	0	0	21
		%	100.0	14.7	0.0	0.0	29.4	0.0	8.8	0.0	0.0	0.0	0.0	61.8
	３～５年未満	N	60	15	3	1	19	2	11	1	0	1	2	30
		%	100.0	25.0	5.0	1.7	31.7	3.3	18.3	1.7	0.0	1.7	3.3	50.0
	５～８年未満	N	98	27	0	2	24	0	16	1	1	0	2	51
		%	100.0	27.6	0.0	2.0	24.5	0.0	16.3	1.0	1.0	0.0	2.0	52.0
	８年以上	N	155	51	8	3	36	6	41	5	2	4	5	63
		%	100.0	32.9	5.2	1.9	23.2	3.9	26.5	3.2	1.3	2.6	3.2	40.6
サービス利用者の状況	利用者なし	N	15	8	0	1	5	0	5	0	0	0	1	4
		%	100.0	53.3	0.0	6.7	33.3	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	6.7	26.7
	リハのみの利用者あり	N	181	50	7	4	45	3	26	4	2	3	3	95
		%	100.0	27.6	3.9	2.2	24.9	1.7	14.4	2.2	1.1	1.7	1.7	52.5
	口腔又は栄養の利用者あり	N	143	37	4	1	37	4	34	2	1	1	5	64
		%	100.0	25.9	2.8	0.7	25.9	2.8	23.8	1.4	0.7	0.7	3.5	44.8
研修会参加の有無	研修会参加者	N	24	9	0	0	10	0	4	0	0	0	0	9
		%	100.0	37.5	0.0	0.0	41.7	0.0	16.7	0.0	0.0	0.0	0.0	37.5
	研修会参加者以外	N	333	91	11	6	81	8	68	7	3	5	9	161
		%	100.0	27.3	3.3	1.8	24.3	2.4	20.4	2.1	0.9	1.5	2.7	48.3

6

栄養改善の受けてみたい研修内容

- 栄養改善の基礎知識（41.6%）
- サービス導入の判断基準（38.3%）
- サービスの種類・内容と期待される効果（37.1%）

7

推進のため　その一

要支援者及び要介護者における低栄養状態の把握基準の明確化

平成21年度介護報酬解釈通知で
対応済み

8

推進のため　その二

・栄養ケア・マネジメントを市町村職員、現場の介護支援専門員、管理栄養士がいつでもどこでも研修ができるツール作り

DVD やe-ラーニングそれに対応のテキスト作り

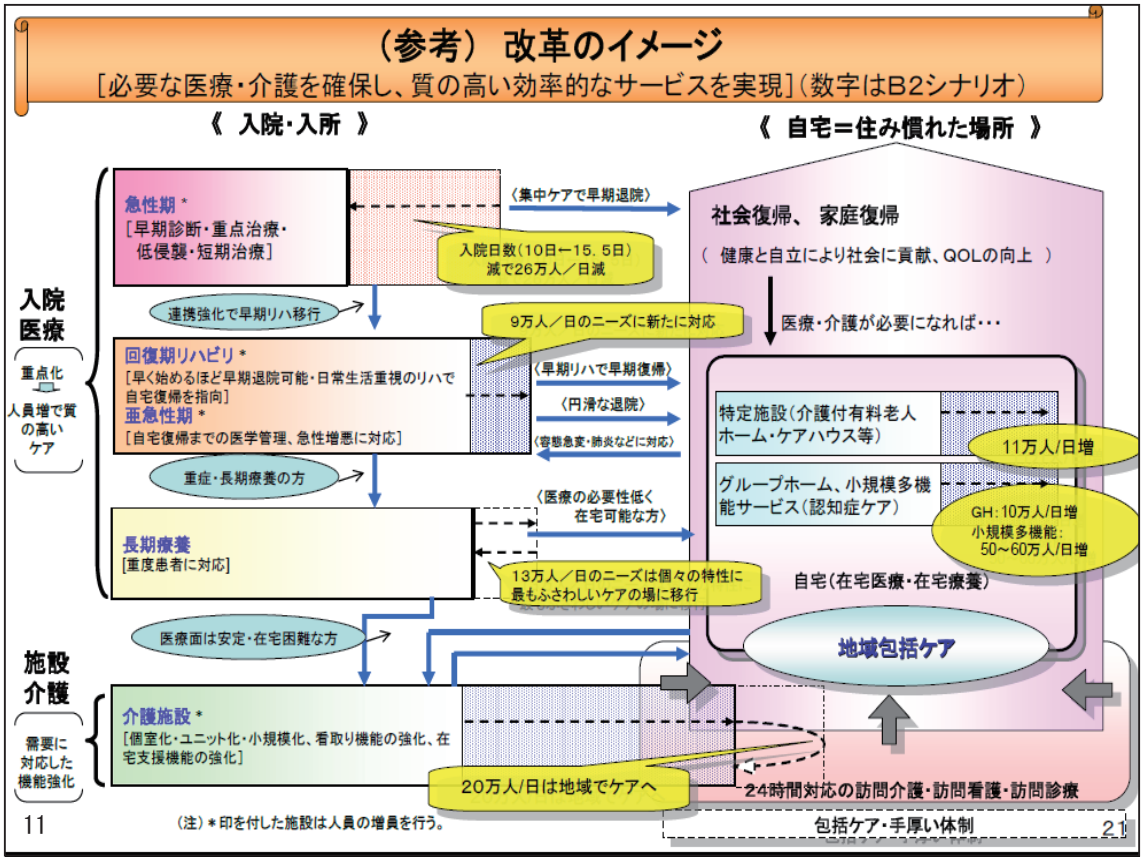
9

推進のため　その三

・都道府県および市町村での研修企画

都道府県及び市町村地区レベルの
職能団体・保険者の共同研修会

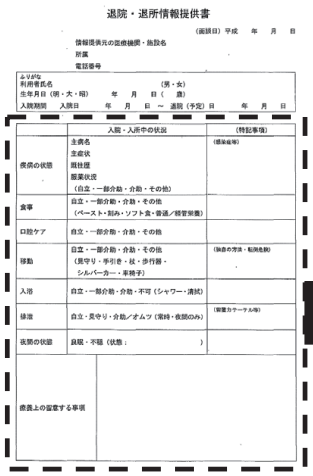
10


（参考） 改革のイメージ
［必要な医療・介護を確保し、質の高い効率的なサービスを実現］（数字はB2シナリオ）
《 入院・入所 》
《 自宅＝住み慣れた場所 》
入院医療
重点化
人員増で質の高いケア
急性期 *
［早期診断・重点治療・低侵襲・短期治療］
〈集中ケアで早期退院〉
入院日数（10日－15．5日）減で26万人／日減
連携強化で早期リハ移行
9万人／日のニーズに新たに対応
回復期リハビリ *
［早く始めるほど早期退院可能・日常生活重視のリハで自宅復帰を指向］
亜急性期 *
［自宅復帰までの医学管理、急性増悪に対応］
〈早期リハで早期復帰〉
〈円滑な退院〉
〈容態急変・肺炎などに対応〉
重症・長期療養の方
〈医療の必要性低く在宅可能な方〉
長期療養
［重度患者に対応］
13万人／日のニーズは個々の特性に最もふさわしいケアの場に移行
医療面は安定・在宅困難な方
施設介護
需要に対応した機能強化
介護施設 *
［個室化・ユニット化・小規模化、看取り機能の強化、在宅支援機能の強化］
20万人/日は地域でケアへ
社会復帰、 家庭復帰
（ 健康と自立により社会に貢献、QOLの向上 ）
医療・介護が必要になれば・・・
特定施設（介護付有料老人ホーム・ケアハウス等）
11万人/日増
グループホーム、小規模多機能サービス（認知症ケア）
GH：10万人/日増
小規模多機能：50～60万人/日増
自宅（在宅医療・在宅療養）
地域包括ケア
24時間対応の訪問介護・訪問看護・訪問診療
包括ケア・手厚い体制
11
（注）＊印を付した施設は人員の増員を行う。
21

医療と介護の連携
「介護支援連携指導料」と「医療連携加算」「退院・退所加算」
（診療報酬と介護報酬の居宅介護支援費との関係のイメージ）
介護支援連携指導料
300点（入院中2回）
※介護保険施設等の介護支援専門員と連携をとった場合でも算定可。詳細は通知を参照。
医療連携加算 150単位
退院・退所加算（Ⅰ）400単位
退院・退所加算（Ⅱ）600単位
医師又は医師の指示を受けた
医療関連職種
入院中、比較的早期から連携
居宅介護支援事業者
介護支援専門員
医 師
看護師
社会福祉士
PT,OT,ST
薬剤師
介護サービスの見込みがついた段階から共同して指導
その他、退院後に導入が望ましい介護サービスから考え適切な医療関係職種
適切なケアプランの作成
医療機関は「診療報酬」で算定します
1割負担
患 者
0割負担
居宅介護支援事業者は「介護報酬」で算定します
B005－1－2 介護支援連携指導料 【300点】
当該入院機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。ただし、この場合において同一日にB005の注3に掲げる加算（居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。
12
© Japan Care Manager Association

居宅介護支援費の退院・退所加算（Ⅰ）・（Ⅱ）に係る情報項目

退院・退所情報提供書


退院・退所情報提供書

情報項目

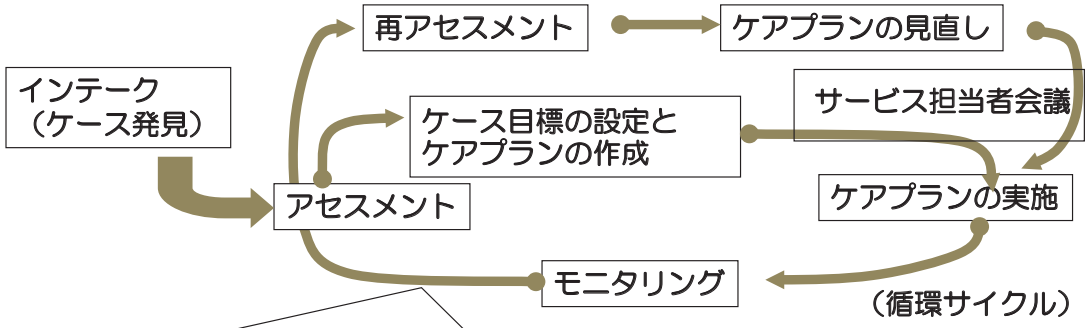
項目	入院・入所中の状況	（特記事項）
疾病の状態	主病名 主症状 既往歴 服薬状況（自立・一部介助・介助・その他）	（感染症等）
食事	自立・一部介助・介助・その他 （ペースト・刻み・ソフト食・普通／経管栄養）	
口腔ケア	自立・一部介助・介助・その他	
移動	自立・一部介助・介助・その他 （見守り・手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子）	（独自の方法・転倒危険）
入浴	自立・一部介助・介助・不可（シャワー・清拭）	
排泄	自立・見守り・介助／オムツ（常時・夜間のみ）	（留置カテーテル等）
夜間の状態	良眠・不穏（状態：　　）	
療養上の留意する事項		

老振発第0313001号（平成21年3月13日）居宅介護支援費の退院・退所加算（Ⅰ）・（Ⅱ）に係る様式例の提示について より

13

ケアマネジメントのプロセス

様々な専門領域を超えた生活課題を総合的に把握し、課題解決に向けて具体的達成目標を定め、計画的にチームでアプローチする方法



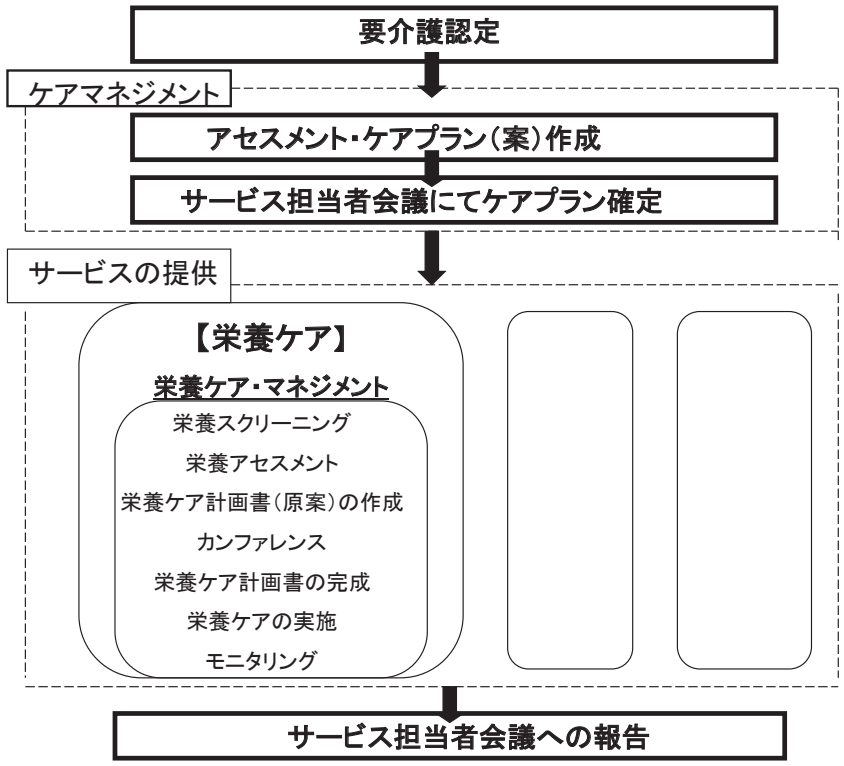
サービス担当者会議等を通じ、医師等を含めた多職種が関わることにより、プロセスが充実し、サービスにおける公平性が担保される。

給付においてのセーフティネット

ケアマネジメントの充実による倫理的行動力の確立

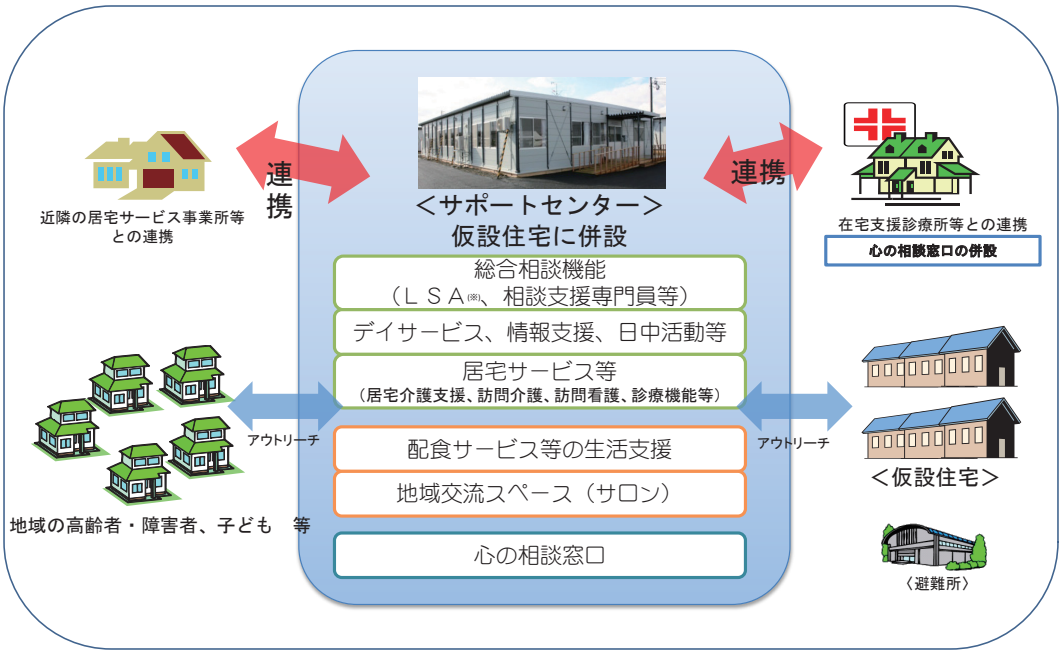
14

図1　ケアマネジメントと栄養ケア・マネジメント



15

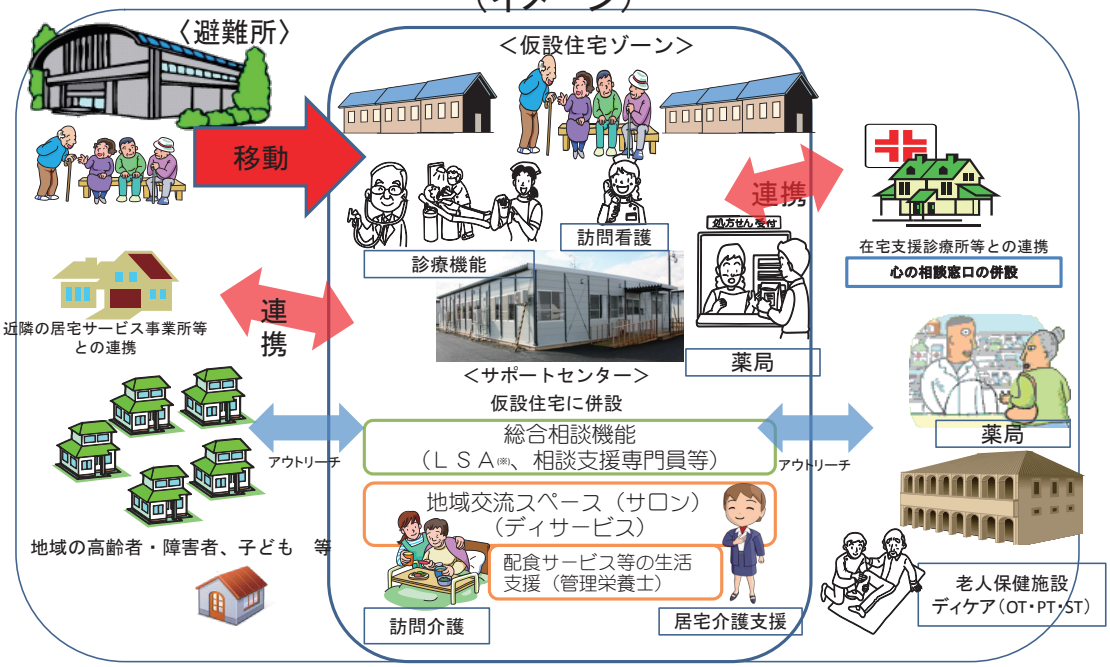
仮設住宅等における介護等のサポート拠点について（イメージ）



※ LSA：ライフサポートアドバイザー ＝ 住民からの様々な相談を受け止め、軽微な生活援助のほか、専門相談や具体的なサービス、心のケア等につなぐなどの業務を行う者

16

仮設住宅等における保健・医療・介護等のサポート拠点について（イメージ）



※ LSA：ライフサポートアドバイザー ＝ 住民からの様々な相談を受け止め、軽微な生活援助のほか、専門相談や具体的なサービス、心のケア等につなぐなどの業務を行う者

17

ケアマネジメントとの連携について

日本介護支援専門員協会会長　　木村　隆次

１．ただいま紹介いただきました、日本介護支援専門員協会の木村でございます。今、本学会の理事もさせていただいております。野中先生からお話がありましたが、医療連携とケアマネジメントの連携とはかぶるところがありますので、後半は少し同じような話になるかと思いますが、そこはご容赦いただきたいと思います。

ちょうど、野中先生と一緒の社会保障審議会介護保険部会で介護保険法改正の検討をしました。平成17年６月に国会を通った後に、リハビリテーションと口腔機能向上、栄養改善のプログラムに、マネジメントがプラスになり、どのように推進していくかっていうことを、ミッションとしていろいろやってきたわけであります。この三つのサービスを一体的に入れて、100歳になっても普通に暮らして、食べたいもの食べて、行きたいところに行くことができることが、私は本当に大切だと思っております。

２．ところが、現場の実態は、皆様方が考えているほど、うまくいっていません。もっとはっきりいうと、去年の２月の調査結果ですが、ケアマネジャーは、栄養改善の相談を管理栄養士にしていると思われるでしょうが、実は看護師に相談しています。

３．ケアマネジメントの指揮は介護支援専門員ですから、介護支援専門員とどう連携取ってくかっていうことになります。居宅介護支援事業所4000名の介護支援専門員のうち580名(14.5%が回答していますが、基礎資格としては、介護福祉士の人たちが、今は半分以上現場で介護支援専門員をやっています。

４．結論から申し上げて、在宅の高齢者の栄養ケアチームを推進するためには、介護支援専門員の相談相手ができれば同一法人内や地域にいることが必要といえます。ケアマネジメントする上で、多くの職種が参加するカンファレンスで確認できるようになっていますので、それがうまくいけば、実績がでてきます。

しかし、地域によっては、介護支援専門員が相談する相手の、管理栄養士がどこにいるか分からないのです。この相談をしたり、助言を求める人たちが、上のグラフは、法人内にいる場合、２段目は、専門職ではない、管理職や先輩など助言を求める人がいる場合、３段目の棒グラフは、他の法人の専門職に相談したり、助言を求めることができる場合です。

５．同一法人内、あるいは他の法人でどうなっているのかをみてみました、一番上に単独型っていうのは、併設施設がない場合、例えば、具体的にいうと、介護支援専門員だけの事業所です。そうすると、栄養改善に関する相談者の管理栄養士とは同一の法人の中にいませんが、医療系併設のところだと、当然、管理栄養士が法人内にいるわけですから、69.1％と高い相談率になっています。看護師については46.8％、介護系、医療系ではない併設施設になると、40％まで落ち込んで、看護師では33％です。私は当然、ここが７割、８割いくものと思っていましたが、全然高い数字ではありませんでした。意外に看護師さ

んのポイントが高く、基礎資格や経験年数からみていただくと、けっこう興味深い数字がでてきております。

６．一方、他の法人になると、管理栄養士に相談している割合は、少なくなります。他の法人の看護師、医師の指示書の関係やかかりつけ医の意見書の話とかあるので、医師に相談する割合も高くなると思います。同一法人内に相談者としての管理栄養士がいない場合は、地域に相談窓口をつくっていかなくてはいけないということになります。

７．この回答した 500 名について、今度は、一緒に研修会を受けてみたい内容を質問すると、栄養改善の基礎知識 41.6%、サービス導入の判断基準 38.3%、いわゆる検査データが手にないとすれば、皆様、管理栄養士の方のアドバイスがなければ、苦しいと思うんですが・・。それから、サービスの種類は、栄養改善とそれに期待される効果（37.1%）でした。利用者が栄養改善サービスによってしっかり改善されていくということは、われわれは理解できますが、地域にいる高齢者や家族はそういうことがまだ分からないのです。

８．平成 21 年介護報酬制度の解釈通知において、栄養状態の把握基準の明確化を、厚生労働省の担当者にお願いして、やっていただいたわけであります。しかし、栄養改善サービス導入の判断基準は、いまだ介護支援専門員に分ってもらっていないわけです。

９．次に、私の宿題事項として、栄養ケア・マネジメントを、市町村職員、包括支援センターの職員も含めて、介護支援専門員、管理栄養士がいつでもどこでも研修できるツールをつくりましょうということで、DVD をつくりました。リハビリテーション、口腔機能の向上も含めてつくりました。去年の 11 月に完成して、やっと皆さんに頒布できるようになりました。なおこの調査研究の関係は、厚生労働省の補助金によって行われ、DVD は、当協会のホームページで購入できるようにしてあります。

10.　このツール（DVD）は、市町村で活用して頂きたいです、日常生活圏域ごとに、夜、研修会で集まった時に、きょうは 30 分間栄養改善の勉強、ビデオみて、一緒に、事例を検討してみましょうとか、そういうことをこつこつやっていかないと、いわゆるケアマネジメントの中で、管理栄養士による栄養改善のところが他職種にわかってもらえないのです。介護支援専門員の医療的ケアの知識向上のためのテキストということで、リハビリテーション、口腔機能向上と栄養改善ということで、日本栄養士会常務理事の迫和子先生、それから、日本歯科医師会常務理事の岩手の佐藤保先生にもご協力をいただきました。

11.　私は、口から食物が入って飲み込む、そして消化・吸収される。これを一連の流れとしてとらえ、栄養改善だけ切り分けしませんでした？この DVD を見ていただければわかりますが、なぜお口から入って、口腔機能が維持されていて、はじめて栄養の問題という関連です。

12.　まずは、敷居を低くして、自分の口からおいしいものを食べる、その一連の流れを

みんなでやりましょうということです。このツールは、日本介護支援専門員協会のホームページの図書購入画面から購入できるようになっています。DVD を用いて、介護支援専門員と管理栄養士や他職種が一緒に勉強していくことができます。ちょっと DVD 勉強会するんだけど、一緒にきて、事例検討入ってくれませんとか・・と展開して、地域連携をとっていきたいと思っております。

13.　先ほど、野中先生は、社会保障国民会議の資料から、高齢者が倍に増えてくることの話をされていましたが、急性期の医療から、回復リハビリテーションの病院に転院させて、さらに、地域に帰ってもらうという流れがありますが、申し上げたいことは、このスライドの矢印に情報を乗せていってほしいということです。

それは、入院中の栄養改善に関する情報を高齢な入院患者が地域に出ていくときに、情報提供をしてほしいということです。その情報の受け側は、介護支援専門員でもあるかもしれませんし、地域の管理栄養士かもしれません。このスライドにお示しした矢印に情報どう乗せて、その確認をどうするかが、現在、欠けておりますので、情報連携の仕組みづくりが求められています。

14.　とても嬉しかったんですが、去年の診療報酬改定で、介護支援連携指導料が新設されました。患者の山田花子(仮称)さんが入院しました。入院する時に、一昨年の介護報酬改定では、介護支援専門員が介護の関係情報を病院に持っていくと、医療連携加算が、介護支援専門員側につきました・

今度はそれを活用して、退院する時だけ、介護支援専門員を呼ぶのではなくて、入院中に山田花子さんが在宅に戻って、食べる食べ物とか、調理方法や、栄養ケアの相談について、花子さんの担当の介護支援専門員や管理栄養士を呼んで、これこうやってああやってねとコンサルテーションして、入院中に２回算定できるようになりました。医療機関側は、介護支援連携指導料 3000 円が 2 回算定できて、さらに、退院する時に、カンファレンスを行い、その時に、管理栄養士というよりも、入院中の担当医師がカンファレンスを主催して、在宅側の専門職種が３者以上など算定用件はほかにもありますが、その時も、医療機関には診療報酬が入る仕組みになっています。

何を申し上げたいかというと、患者または利用者の山田花子さんが入院・退院する時に、お互いの施設、事業所にいる専門職種が情報を共有することが大事ですが、退院時に、食事のことは、自立の状況、食事形態（ペースト、刻みとか、ソフト食)、等情報を介護支援専門員にきちっと提供できる仕組みが、２年前からできています。

こういうことを、施設内、もしくは病院内の管理栄養士が、うまく利用してくれればいいということです。他の情報も同様に、介護支援専門員が収集してきて、在宅で安心して暮らせるような形になっています。退院時に、介護支援専門員が今の見ているペーパーの項目情報を収集して、自立支援型のケアプランを作成するということが条件になっています。入院期間が 30 日未満だと、4000 円が、それ以上だと、6000 円になります。こういう形で仕組みもつくってきましたが、まだまだということです。だから、今回診療報酬と介護報酬の、同時に今検討しています。もっとここを密にして、みんなと一緒にチームでやるということにインセンティブが働くように、もっとしてかなくてはならないと私は思っ

てます。
ケアマネジメントプロセスはこのようになっておりまして、やはりアセスメントの力は、一介護支援専門員だけではかなり厳しい面があるとすれば、専門職が補い合って、そして、しっかりみんなで課題をチェックした上で、ケアプランをつくり、実施してモニタリングのところをきっちりやっていきたいねっていうことであります。

皆さんの教科書に掲載されているものですが、全体のケアマネジメントの中での流れとそれから、特に栄養ケアの栄養ケア・マネジメントです。PDCA サイクルできちっと回して、一緒に連携取ってやっていくことです。
最後になりますけど、福祉避難所の支援に私も入っております。現在は、避難所から仮設住宅にどんどん移っていっておりますが、移っていった仮設住宅の周辺に介護サービスもなければ、相談窓口もない状況だとまずいので、総合相談機能、例えば介護支援専門員のいる事業所、ヘルパー事業所、看護、こういうサポートセンターをつくるってことで、補正予算等々でやっております。
この中に配食サービス等の生活支援も入れさせてもらっています。ですから、避難所から早く仮設住宅のほうに移っていくわけですが、そこで、自宅に戻るまで支えてくことが非常に大事で、そのマネジメントもきちっとやっていこうということを考えております。
これ栄養改善とちょっと違うかもしれませんけど岩手県の医療の方の災害対策本部長の岩手医科大学神経内科准教授の高橋智先生からアドバイスいただいて、認知症って一つ考えた時に、ある意味、避難所にいるほうが認知症は、生活のリズムと家事などの役割がある程度高齢者にあるのでよいけれども、仮設住宅に移ったとたんに、自分だけの部屋になってしまって、孤立化して、万が一のことが起こる可能性があるので、保健師と介護支援専門員が避難所から仮設住宅に移っていく時とその後の支援をしっかりやってほしいということをお願いされました。
いま、在宅高齢者が食べたいものを食べることを、栄養ケアチームによって支援することは、当然、その人の尊厳とかかわる地域連携上の緊急の課題といえます。ご清聴ありがとうございました。

地域高齢者の「食べること」を支援する栄養ケアチームの展開
のための課題解決と展開に向けての討議

チーム構成の課題と解決について

神奈川県立保健福祉大学　太田貞司

1

地域のチームづくり

- 仕組みの中で在宅高齢者を支えるチームづくり
  チームを創り出す役割は介護支援専門員だが‥／地域力を創り出す地域ケア会議
- 「Linkage」「連絡」➡「Coordination」「連携」
  ➡「Full integration」「統合」
  「連携」と一言で言っても、レベルがある／一歩一歩で／今どこを目指している／何が課題
- "困難ケース"から学ぶ
  困難ケースの共有化と課題解決の協働／見えない地域の課題／個別支援と地域づくりは違う／地域をみる人、問題提起者の役割／地域の"困難ケース"が大事

2

「食べること」は、在宅高齢者生活の基本
「施設」と在宅の違い

- 食事が出ない「施設」はない
- 在宅では、基本が必ずしも基本ではない
- 在宅で「食べることへの支援」体制は“崩れやすい”
- 「日常生活」を知ること
- マズローの欲求の段階説を思い出させる災害（東日本大震災等）：水・食べ物などのライフライン

3

“複合大震災”で力を発揮した地域での“つながり”と介護現場の人たち

- 利用者を把握していたケアマネジャー、訪問介護員
- フェイス・ツウ・フェイスの関係の力、利用者と家族を支えた事業所
- 残された課題、要介護状態でなかった人たちの問題
- 再確認された高齢者・家族を支える介護の重要性
- 災害時、いつも思い出されるマズローの考え方
- 制度改正の動きと、ケアマネ、介護職等、介護関係者の今後

4

「困難ケース」の重要性とまちづくり

議論の「場」を創り出す

- ケアマネジメントと「個別支援」• 地域の仕組みづくり
- 地域での「困難ケース」を知りえる人たち
- 地域、関係機関、行政に理解を広める

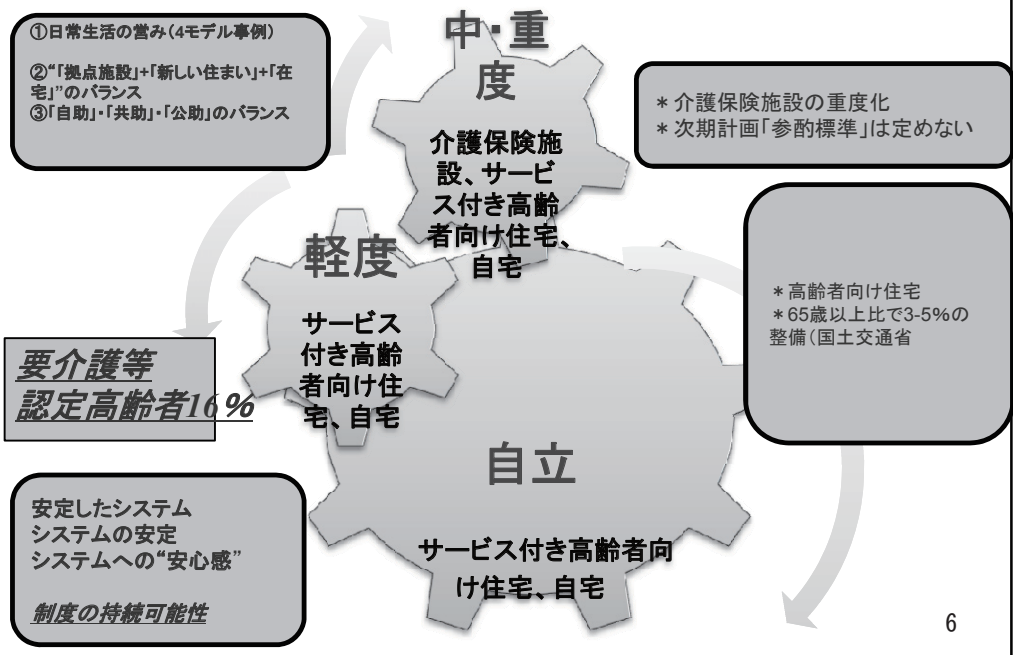
「困難ケース」の増加、家族介護負担の増加

地域での「困難」、「サービスが足りない」、「仕組みがない」の、合意と解決方向を示す「場」の仕組みづくりと、その「力」

➡「自助」・「共助」・「公助」の課題と役割を議論する「場」を創りだす
行政の責任と課題（日常生活の「新しい公共」「新たな公共圏」創出）

5

地域包括ケアシステム（市町村、日常生活圏域）



6

「地域包括ケアシステムの実現」とその課題

「介護保険施設、高齢者向け住宅」整備と支える仕組み。
“限られた資源”とシステムへの安心感

- その課題
  1)「自宅で利用者、家族介護者が“日常生活が営める」
  2)「“自宅での生活する人たち”と“介護保険施設等を利用する人たちとのバランス」
  3)「日常生活が営めるインフォーマルとフォーマルサービスのバランス」
  4)生活基盤づくり
- 支援体制をつくる。
- 利用者、家族及びケアマネジャーなど介護関係者のシステムへの安心感。
- なければ新たな「待機者」が生まれる

太田・森本編(2011)『地域包括ケアシステムーその考え方と課題』光生館

- 2009年3月末(平成20年度末)、要介護・支援認定者(1号、2号)467万人。
- 1号要介護・要支援高齢者は、1号被保険者の16%。中・重度(3～5)要介護者の約4割(1号、2号)。 65歳以上人口比6%程度。
- 地域づくりで「待機者」構造が変わった事例:北海道美瑛町。

安倍信一(2010)「地域の必要に応えること―自治体と施設と住民たちの協働について」『地域福祉研究』No.38。 安倍信一(2010)「特養と住民との小規模多機能ケアへの挑戦」朝倉・太田編『地域ケアシステムの変革主体』光生館。

7

「四モデル事例」でこれまでの支援の変遷をみると

これまでの30年、20年、10年の変化と今後。
太田貞司(2003)『地域ケアシステム』有斐閣、20-27頁

「四モデル事例」

太田貞司(2003)「地域ケアシステム」有斐閣アルマ

①「ガン末期ケース(重度ケース、老々介護)」

②「脳卒中後遺症ケース(中度ケース、ひとり暮らし)」

③「認知症高齢者ケース、(徘徊、ひとり暮らし、地域から孤立)

④「虚弱高齢者ケース(軽度ケース、働く息子と同居、近隣との関係がある)」

変化を見る視点

- 高齢者の「日常生活」の営みの変化
- 「ケアの場」「生活の場」の変化
- 家族介護者の「日常生活」の営みの変化。介護負担の減少。
- 在宅での生活が継続できる人の割合の変化。
- 地域医療、介護サービス等の地域基盤の変化。
- 病院と地域の結びつきの変化。
- 事業者等と地域の結びつきの変化。
- 在宅生活の安心感の変化

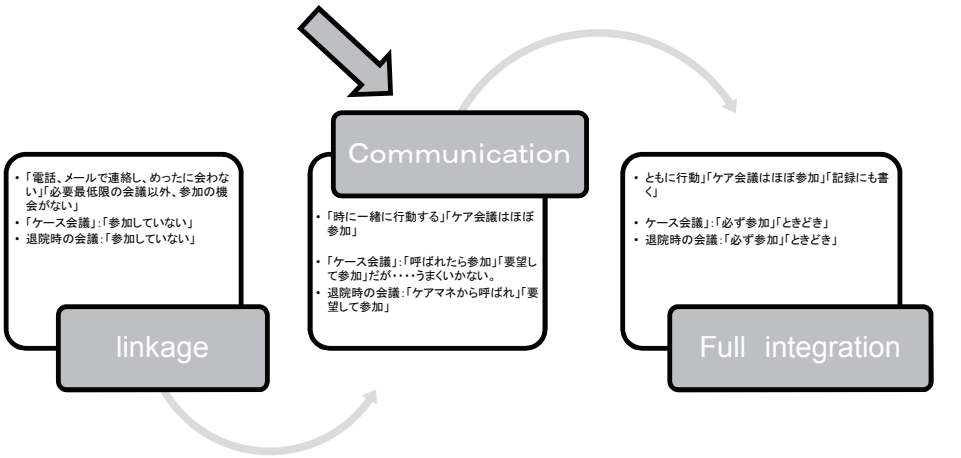
8

要介護者の在宅ケアの限界点をアップする

- 医療と介護・福祉の連携
  - チーム力とネットワーク力をつける
  - フォーマルな社会資源を創りだす
- 地域力を高める
  - 地域の民生委員とのつながり
  - 「支援」の中に、インフォーマルを組み入れる
  - インフォーマルな社会資源を創りだす
- 家族介護者支援を強める
  - 男性介護者支援の輪の広がり
  - インフォーマルな社会資源を創りだす
- その他

9

何が問題!!
なぜ、Full Integrationに進まない？



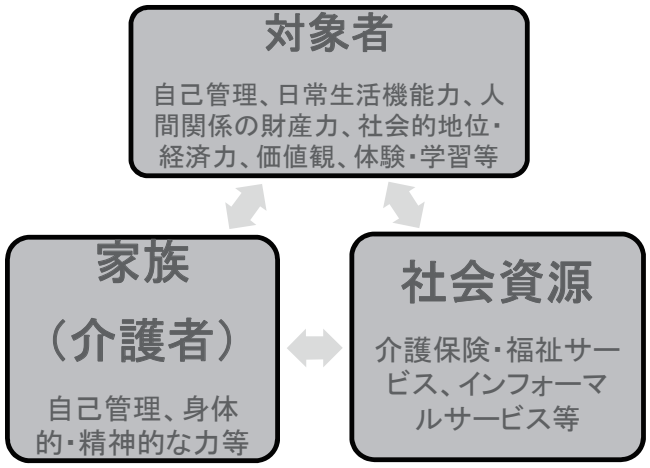
Leutz (1999)*Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United,*
前田信雄(1990)『保健医療福祉の統合』勁草書房

10

在宅支援の難しさ　3者の調整

在宅要介護者に対するケアマネジメントにおける相互関係

利用者、家族（介護者）、社会資源　（太田2011.1）



参考：
太田貞司『地域ケアシステム』有斐閣、2003年
太田貞司・國光登志子編『対人援助職をめざす人のケアマネジメント　Learning10』みらい、2007年
野中猛（2002）「ケアマネジメント活動におけるジレンマとその解決」。『ケアマネジメント学』第1号
奥川幸子（2007）『身体知と言語』中央法規、・・ の図5を参考にした（但し、矢印の向きを変更）。

11

「地域包括ケア」を見る視点として・・・・

3つの課題

- 医療と介護・福祉の結びつきを強める
- インフォーマルとフォマール（制度）のサービスを結びつきを強める
- “制度の持続性”を高める

特に注目して

- 「サービス付き高齢者向け住宅」創設で・・
- 介護サービスの見直しと「互助」の強化の動き
- 子ども～高齢者の誰でも暮らせる地域づくり

12

医療と介護・福祉の連携の課題

目標となっていること

- 「顔が見える」関係をつくる
- お互いの違いも理解し合う
- 退院時の支援の仕組みづくりが“鍵”
- 医療問題、社会的問題を解決する
- 粘り強く結びつきを創る
- 結びつきをつくり出す“場”が条件

課題

- 行き場の見つけにくい高齢者の問題が顕在化
- 退院援助の仕組みづくりの遅れ
- 新たな仕組みが大事
- 医療と介護の相互の乗り入れで、チームを作る
- これまでの「連携」問題ではない。福祉系関係者の“力”不足ではない問題もある。

13

退院支援の課題

2010年度都社協「行き場の見つけづらい高齢者」（病院・包括・ケアマネ）調査から見えたこと

都社協『医療と福祉をつなぐ新たなシステムの構築を目指して』都社協（2011.3）

- 東京特有の「行き場の見つけづらい高齢者」実態を明らかにし、提言。
- 高齢者退院相談の4-5割と回答。
- 半数は、家族と同居（単身ではない！）
- 半数以上が「医療区分1」
- 6-7割は、生保ではない低所得者

都社協（2011）『退院後、行き場を見つけづらい高齢者への支援の構築プロジェクト」平成22年度報告書）』都社協

＜課題＞

- 病院と地域の連携で退院支援のシステムを
- 新たな「中間ケア」の必要性
- 広域の退院支援の体制の必要性
- 大都市だから、退院後の「行き場」を

14

インフォーマルとフォーマルを結びつける

目標

- 民生委員とのつながりが進み、広くインフォーマルサービスとの結びつきをつくり出す動きが・・
- 一口にインフォーマルといっても幅が広い
- 「顔が見える」関係をつくる
- お互いの違いも理解し合う
- 地域、相手によって異なる結びつき方
- 粘り強く結びつきを創る
- 結びつきをつくり出す“場”が条件

問題の背景

- ケアマネは、「地域」の直接責任を持っていない(持てない)！
- 介護報酬上のネック！
- 一体、何を、どう結び付ける！
- 「身体」「家事」を一律に役割分担が可能か

- 上からではなく、事例を積み重ねる「地道な努力」が必要
- ベテラン・ケアマネの“力”が必要

15

チーム構築の課題と解決について

神奈川県立保健福祉大学社会福祉学科教授　太田貞司

１．　神奈川県立保健福祉大学の太田貞司です。

２．　地域の問題を考えますと、地域の力をつくりだしていくことが重要だと思います。その地域力をつくりだす意味では、とくに困難ケースを話し合う“場”づくり大事だと考えています。

病院、施設の中で「食べることが困難だ」と判断し、そしてそのことを支えれば地域の生活が継続できるということが皆さんの目で分かった時に、それを明確に伝えていくことが必要だと思います。それを伝えられる“場”をどうつくるかが大事だと思います。こうしたケースでも、「食べること」の支援がうまく作れないと、在宅での困難ケースとなる場合もあります。

木村先生が、退院援助の仕組みが変わったとお話をされ、野中先生もそういう“場”が必要だとおっしゃっていましたが、こうした“場”、つまり地域の中で管理栄養士も含めて話し合える“場”です。地域にチームケア会議等があればよいが、まだ残念ながら十分にどこにでもできているというわけではありません。

３．　「食べること」が大事だということを発信する人が必要だと考えています。それは皆さんが、これまでもお話されていましたように今回の 3.11 でも明らかになったことでもあります。

施設と在宅では違います。生活できる条件が違い、施設で当たり前のことが地域では当たり前ではないのです。施設で「食べること」を支援できるのは、一定のスタッフと、一定の支援の仕組みがあるからです。在宅では、それを一からつくりあげなければなりません。しかも、それは壊れやすいのです。そして意外に、壊れやすいということが多くの人に分かりにくいのです。

４．　私は災害のたびに、マズローの欲求の段階説を思い出します。3.11 でも、本当にライフラインが大事だと、マズローのことを思い出しました。阪神淡路大震災の時もそうでした。

５．　食の問題に戻ります。1995 年の阪神淡路大震災の時に、拙著『在宅ケアの条件』（1992 年）の第３版のあとがきをちょうど書いていました。そのあとがきに震災のことを書きました。まず水が問題となり、次はおにぎり（食）のこと、そしてトイレのことが問題になりました。しばらく経ってからお風呂のことが問題になりました。これが一週間目ぐらいの間に起きたのです。それから、きちんとした住むところ。その次にしばらくして

から、コミュニティの復旧が問題になりました。このことを書きました。

こう考えてみると、やはり、「食べること」、共に食事をするということが、生活には基本だということです。

残念ですが、「食べること」が大事だとみんなで確認し合うのが、こういう不幸な震災の時です。しかし、震災が過ぎ、１年、２年経つと忘れられていってしまいがちです。今回の 3.11 の体験を通して、私たちは生活ということを一緒に考え続けることが大事だと考えています。「食べること」が、生活を営む上で、共通な問題です。

６．　このことは地域の高齢者の支援を考える場合のキーポイントだと思います。しかも、先ほど木村先生がおっしゃったように、食の問題を言い続けてくれる専門職は少ないです。「食べること」にはみんなが関わっているけれど、分断されています。

そこを踏まえて、在宅の支援の仕組みづくりをしなければ、私は、介護保険制度の仕組みはうまくいかないだろうと考えています。

地域包括ケアシステムづくりでは、自立、軽度・中度・重度の高齢者の人たちと家族介護者が、そこに安心感をもつことが重要だと考えています。

この軽度・中度・重度の要介護等高齢者はだいたい、全国では 65 歳以上人口の 16％ぐらいです。これはあまり高くても、あまり低くてもよくないと思います。これは全国の自治体で差があります。重度の場合は、その割合は比較的一定です。ちなみに施設利用者の割合もかなり差が見られます。

大事なことは、地域包括ケアシステム、この仕組みの歯車を合わせる人が必要と考えています。これは介護支援専門員であったり、地域包括支援センターの人であったり、自治体の人であったりするのですが、まだまだ育っていないように思います。地域でそういう人を育てること、養成していくことがとても大事だと考えています。

こうした人たちに「食べること」の支援の重要性を知ってもらいたいと考えています。

７．　地域の中で困難なケースの問題を一緒に考え、解決していこうということを、言う人がまだまだ多くないのではないかと思います。介護支援専門員が確立して 10 年経ち、個別支援はぐっと進み、技術も進みました。しかし、地域全体の仕組みづくりをうまく進める人材がまだ足りない、育っていないと思います。それは「食べること」について見てもそう言えると思います。

皆さん方が「言っても、声がなかなか届かない」ということはあると思います。しかし、それにくじけないで「食べること」が重要だと言い続けて頂くことが大切と思います。私は、これまでも、訪問看護ステーションをつくり出し、訪問看護師が地域で定着する姿を見てきました。また、歯科医の先生が訪問歯科を行い地域で定着するのもみてきました。いろいろな職種が地域で定着してきましたが、やっぱり、それぞれの職種で言い続ける人がいました。言い続ける力が大事だと考えています。

介護保険制度の中で難しさはあるのですが、地域包括支援センターができて、ある面では地域の仕組みづくり、地域づくりはだんだんと進んできているように思います。こうした展開の中でケアマネジメントも発展途上にあるというように理解しております。

８～９．　地域の力を考える場合、私は四つのモデルで考えています。がん末期の老老介護、脳卒中、認知症の要介護の３事例、それから要支援の事例です。これらのモデルが、どれだけ、そしてどのように地域で暮らせるかということが大事で、それによって在宅の限界も考えられます。

各モデルに共通しているのは、「食べること」が重要だということです。そして、またその「食べること」の支援の仕組みは地域でそれぞれ違いがあるということです。

その支援の仕組みを地域で何をどう解決したらいいのかを地域で話し合う“場”が重要だと思います。「食べること」を支援する仕組みを地域で創り出していくと、在宅の限界は少しずつアップすると思います。

１０～１１．　在宅の難しさは、利用者と家族介護者と地域の社会資源の三者を調整しながら支援するという点にあると考えています。施設の場合は、家族の問題、地域の社会資源の問題は、実際の支援では考えなくともよいのです。三者の調整は、三者の新たなバランスを創り出すことでもあります。家族介護者にあまりにも依存しないように、このバランスを変えていくことが大きな課題です。

１２～１３．　地域包括ケアシステムづくりの考え方は、地域全体の仕組みづくりだと私は考えています。私は三つのことが大事だと思います。

第一は医療と介護の連携です。これは端的にいえば、野中先生、木村先生もおっしゃっておられたように、退院援助の仕組みをつくることだと考えています。そこには、前述のように「食べること」の支援が欠かせません。

第二は、地域の力をどれだけ引き出せるかという点です。

第三は、制度の持続性です。

１４．　医療と介護の連携の問題ですが、退院援助の新たな仕組みづくりが課題と考えています。

私たちは東京都社会福祉協議会で、「行き場を見つけにくい高齢者」調査を昨年行いました。私はその調査プロジェクトの委員長を仰せつかりました。病院、地域包括支援センター、介護支援専門員の相談の中で、半分以上が「行き場の見つけにくい」高齢者の相談と答えています。その相談では、家族と同居している人の場合もたくさんいます。

それから、半数以上が「医療区分１」の高齢者です。つまり、そんなに医療は必要ないけど、でも必要だという微妙な人たちです。それからもう一つは、所得がボーダーライン

という人たちです。これを、どのような退院支援の仕組みをつくって解決していくのかが、これからの大都市の課題ということも言えます。特に東京、首都圏、大都市の課題ではないかと考えています。

１５．　もう一つはインフォーマルとフォーマルのサービスの連携の問題です。民生委員とケアマネジャーなどサービス事業者とのつながりが、この間、非常に強くなってと思います。今回の 3.11 で、またさらに強めようという機運が生まれていると思いますが、まだ課題があると思います。

地域の力を介護保険サービスの代替と考えるのではなく、地域の力を活用するとはどういうことかが課題ではないかと考えています。介護支援専門員は、個人への支援であって、基本的には地域への支援に責任をもつものではありません。地域の支援をどのように組み込むかが、これからの仕組みづくりとして大事だと思います。「食べること」の支援は、近所の助け合いの力も重要と思いますが、地域全体の力を高めることが課題だと思います。

地域の中で考える、話し合う“場”づくりを自治体の中で進んできています。先ほどの発言ありました和光市でも、管理栄養士も市のコミュニティケア会議に参加されていると思います。管理栄養士が参加し話し合う“場”を地域で創り出す働きかけを、ご一緒に進めていきたいと思います。

ご静聴有難うございました。

平成２３年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康推進等事業分）
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研究
―在宅高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケアチーム研修会とその評価―

２０１２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