

**平成31年**

**介護支援専門員と管理栄養士の連携について**

**及び**

**高齢者を支える地域の食事・栄養の  
ネットワークについて**

**資料作成：横浜市六浦地域包括支援センター**

## 【研修目的】

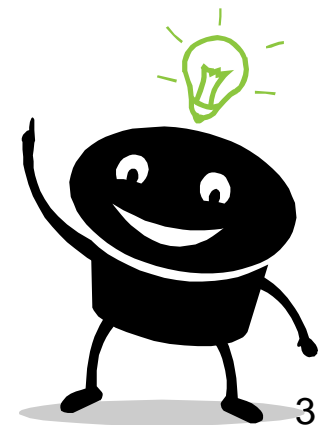
◆平成30年度の診療報酬改定・介護報酬改定では地域連携が重点項目となっている。地域では高齢者の割合も高く、どのような支援を実施するかによって、高齢者や家族のQOLが決まる。

今後、行政の管理栄養士とも連携していく上で、実際の地域での活動の状況、問題点、求められていることなどを学び、考えていきたい。

➡今回は、横浜市金沢区にある、ひとつの地域包括支援センターのエリアを見て、地域の活動を考えてみます。

# 第1節

## 地域における食事や栄養管理の 支援について



# 地域包括支援センターの担当地域とC Pの概要

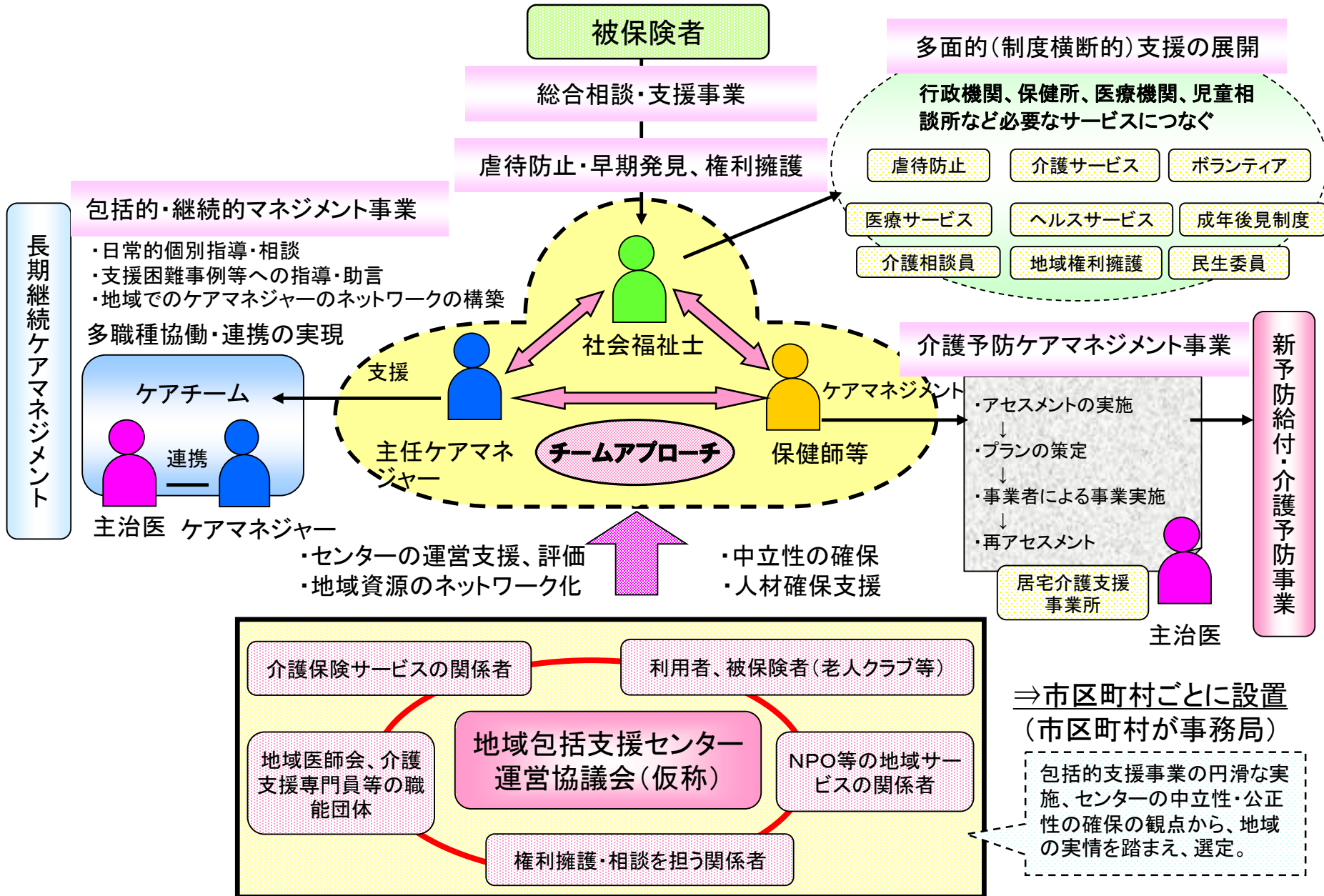
## ◆六浦地域ケアプラザ

平成10年設立。地区センターと合築になっており、地域の中心拠点として、施設を利用される方も多い。横浜市の南端に位置し、横須賀市、逗子市との境目。海が近く、後ろは山が有り風光明媚な土地。インフォーマルサービスは横のつながりが強い。

## ○横浜市（政令指定都市）金沢区。人口約20万人。

- ・ 包括担当地域の人口：28,000人、65歳以上は8,800人。
- ・ 高齢化率31%、独居や高齢者世帯が増加。
- ・ 古くからある地域の住民と、新興住宅として建てられた住宅地と分かれている。一戸建てが多いが県営・市営住宅も地域内には数箇所ある。団地は高齢化率・独居率が高い
- ・ 一つの町内会には、約2000世帯の規模の場所もある。

# 地域包括支援センターの地域との関連図



# 地域包括支援センターの基本機能

＝地域包括支援体制の実現の為に＝

## 1. 包括的支援基盤の構築

→ 地域に総合的、重層的なサービスネットワークの構築。

## 2. 総合相談支援

→ 高齢者の相談を総合的に受け止める。訪問して実態を把握して、必要なサービス、機関へとつなぐ。

## 3. 権利擁護

→ 虐待の防止など、高齢者の権利擁護に努める。

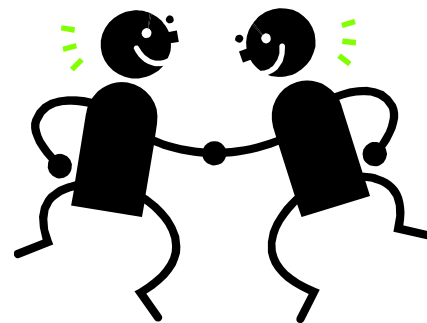
## 4. 包括的・継続的ケアマネジメント支援

→ 包括的なサービスを継続して提供。地域の多様な社会資源を活用したケアマネジメントの体制を構築を支援すること。

## 5. 介護予防ケアマネジメント

→ 介護予防事業、予防給付が効果的かつ効率的に提供されるよう、適切なケアマネジメントする。

# 退院時の関係機関の連携、 支援について



# 退院支援と、退院調整

## 退院支援

患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するのか、どのような生活を送るか自己決定するための支援。

## 退院調整

患者の自己決定を実現するために、患者・家族の意向を踏まえて環境・人・物を社会保障制度や社会資源につなぐなどのマネジメントの過程



# 退院前カンファレンスの実施 →地域・社会資源との連携・調整

- 地域・在宅にスムーズにつなぐための情報を共有・合意する場
- 退院後の方向性のすり合わせ（急変時の対応や自宅での看取りについて）
- 退院に向けた準備
  - 患者、家族、在宅サービス、院内スタッフが集まり、開催する。
  - 在宅医療へのバトンタッチ場面
  - 病院側は事前に①病状経過、介護情報、患者・家族の意向 ②（病院側が）どのような部分にサポートが必要と判断しているか ③（病院側が心配する）在宅での検討課題のポイントを明確にしておく。
  - カンファレンス終了時は以下の準備を確認する。

書 類	訪問看護指示書、サービス利用のための意見書、診断書、医療、看護情報
薬剤類	薬液、内服薬、医療・衛生材料など 初回訪問診療日や受診日を逆算して準備
退院時の移動方法	移送手段や、退院時にサポートが必要な場合の調整

# 退院時の管理栄養士の役割 ①

○**居宅療養管理指導**は、医師が特別食を提供する必要性を認めた場合や、低栄養状態にあると判断した場合に管理栄養士が訪問、**栄養計画**の作成や、情報の提供、栄養食事相談を行います。

低栄養状態のリスクが認められても、**本人や家族がサービス利用の必要性を感じていない**ケースの相談を、管理栄養士が関わることで利用者への説明、資料提供や改善事例を紹介が出来る。

○糖尿病や排便障害、栄養指標の改善、食事摂取量や体重の増加、**QOLやADLの向上**など、生活や介護負担の軽減を意識した知識の習得、調理技術など多岐にわたる効果が期待されます。

## 退院時の管理栄養士の役割 ②

○退院時は在宅療養の移行にあたり、継続して食事療法が行えるよう、環境整備などを行います。

嚥下障害のある人の適切な食事形態の設定、調理で再入院のリスクを軽減します。

食欲低下、食事摂取量の低下が見られる場合の早めのサービス導入が効果的。

○居宅療養管理指導は、医師の指示書に基づいて行われ、指示書には疾病名や指示栄養量が記載、その内容から食生活の状況・背景を把握して、支援を考えます。



# 退院時の管理栄養士とケアマネジャーの連携

○管理栄養士が行う居宅療養管理指導は、栄養ケアマネジメントの手順に沿って行われ、**栄養ケア計画**を作成。

他のサービスで食生活への配慮が必要な場合、ケアマネジャーに情報提供を行い、他のサービス事業所と協力し合える支援計画を作成。

ケアマネジャーと管理栄養士の間で、**報告・連絡・相談**が十分に行えることが、より良いサービスにつながる。

何を**報告・連絡・相談**すれば良いのかな？



# 退院後の暮らしを送る「地域の課題」①

## ◆地域の高齢化や、様々な生活様式

○地域の高齢化率や、世帯構成、そして生活様式が多様になる中で、これからは高齢者一人ひとりの状況に応じた支援が必要となってきます。

特に食生活や栄養管理の意識は、個別性がはっきり表れるところ。

個別性を勘案して、多様性のある支援を行うには、多職種連携の重要性がさらに高まると考えられる。

医療関係者や介護の専門職、行政が連携を行い地域の課題を抽出し、連携を実現させていきます。

## 退院後の暮らしを送る「地域の課題」②

### ◆利用しているサービスには管理栄養士が不在

退院後は生活場所が変わるので、食事内容や、関連する問題も変わってくる。入院中と同じ栄養管理を在宅で継続するのは難しい。

退院時に提供される情報や指示は、在宅では本人・家族、ヘルパーや配食サービスの利用で対応しているが、課題も多い。

また、通所介護事業所やグループホームでは**管理栄養士の配置が不在**のところも多く、生活の中で継続した栄養管理を行うには、悩みを抱えています。

# 利用者や家族の悩み事

『食事内容や食生活の改善を求められたが、  
具体的にどうしたらよいのか。』

- 病院の医師や栄養士から、高血圧や、糖尿病、多発性脳梗塞など、既往歴や現病の管理、再発防止のため、食事を中心とした生活習慣の見直しが必要と説明される。
- 包括への相談で、在宅での栄養に関する相談内容は実に様々。主には**病気との関連**で、日々の健康管理から食事に気をつけること、病気の**再発防止のため**に**食生活を見直す**といったことが相談として多い。

## ■ 病院の管理栄養士にインタビュー！

「退院をして地域へ戻る方の、支援体制について。」

「実際に、どんなことを伝えたいのか。どのようなことが問題で伝えられないのか。」





『「在宅栄養指導」は患者、家族に行い、カンファレンスに参加をすることは無い。』

○急性病院なので、実際は10日間程の入院の中での関わりを行う。

カンファレンスは在宅復帰に向けた住環境整備や、サービス利用の話がメインなので、そこで食事指導はしない  
カンファが終わった後に、患者、家族に別の時間を取って栄養指導などを行っている。

○区内の病院や介護施設においては、同じ嚥下食の「一口大」や「刻み食」などでも、病院や介護施設によって刻みの大きさが異なり、統一はされていない。

➡ **地域の中での近隣病院や施設間の情報共有が必要。その取り組みも、行われています。**

『**食事の味付けや食生活の習慣は、各家庭、個人によって全て違う。そこを病気の管理と併せて食事や栄養の管理を行うように伝えている。**』

- とはいえ、毎日3食のメニューを提案することも出来ないので、栄養指導や「**学会分類**」の形態に合わせた食事の紹介を行っている。
- 「**学会分類**」はS Tが行っている。ケースによっては咀嚼や嚥下をするところをC Tカメラで映しながらD rが決めて行う事もある。
- 「**栄養管理計画**」に書いてある内容だけでは、本人達にも在宅の支援関係者にも伝わりづらいと思う。

○主旨を十分に伝えて、実行して頂くのは難しい。  
栄養学や、調理については基礎的な知識や技術の  
部分が無いと伝えるだけになってしまう。

「なんで減塩食なのか、なんで食事制限をする必要があるのか」「なぜ、この形態なのか」

そうなった理由の部分で、そこを理解してほしい  
それがないと「減塩食は味が薄い。」といった感想が  
出てきてしまう。

退院後の支援は、患者・家族・支援者（CMなど）の  
認識が大事。特に支援者の理解が無ければ食事につい  
て、単に「量が摂れた。」とか、「減塩食を食べてい  
る。」といった観察になってしまう。

➡「知ること。分かること。」が大事。

# 『本人が栄養が摂れない状態が発覚するタイミング はいつだろうか？』

○掛かりつけ医の検査で数値が悪いと分かった時だと思ふ。

入院をして、その後に、地域の関係者間でどのように連携を図って支援をしていくのかは、病院側からは全く見えてこない。



## 『退院後の行き先が、どこに行くかも大きい。』

○転院ではなく、在宅の場合はその先がどのようになっているかは分からない。

同病院の外来に掛かって、受診の結果、数値が悪ければ医師の判断で栄養士に連絡が来ることもある。

○嚥下食の必要があっても、その機能が無い施設などに行くときもあるが、患者や関係者にも諸処の事情があるので何とも言えない。



**退院後の支援の形が分からないので、逆にどの程度の情報をお出しすれば良いのか知りたい。**

# 第2節

## 退院をして地域へ戻る方の、支援体制 について（他職種の実践的な連携）

### ～退院時の連携・情報提供について～ （アンケート結果）

#### ◆アンケート協力

- 横浜市金沢ケアマネ倶楽部、居宅介護支援事業所（44事業所）
- 神奈川県内・横浜市内居宅介護支援事業所（26事業所）
- 金沢区地域包括支援センター（9箇所）

## ■居宅支援事業所のケアマネジャー・インタビュー。 結果について。

○今回のアンケートは、退院時の連携について、どのような形で情報共有を行っているかを確認したのですが、特に病院の管理栄養士と介護支援専門員が、どのように連携を図っているかを確認することが主な目的です。

特定の職種間の連携についての内容と、地域も限定をしての結果ですが、今後の在宅と病院間との連携時の一つの情報として、ご参照して頂ければ幸いです。

## ◆設 問

1. 退院時のカンファレンスで、「利用者の栄養面」について、病院の管理栄養士、または他の職種(DrやNsなど)と関わって情報提供を受けるケースはありますか？その場合、どのような情報提供がありますか？
2. 退院時の情報で、利用者の食事や栄養面などで、病院の管理栄養士に聞きたいことや、この情報があると在宅での支援に有効だと思う情報には、何がありますか？
3. 入退院とは関係なく、通常のアセスメントでは利用者の栄養面を、何を重点的に確認していますか？(食事の回数、内容、量など)また、その情報をケアプランにどのように反映するように工夫をされていますか



# 設問 1

**退院時のカンファレンスで、**  
「利用者の栄養面や食事の摂取の方法」について、  
病院の**管理栄養士**、または**他の職種**（DrやNs  
など）と関わって情報提供を受けるケースは  
ありますか？

その場合、どのような情報提供がされていますか？  
(例：食事の形態、メニューなど)

# 「情報提供や説明者は医師か、看護師が中心。 管理栄養士の参加は無い（少ない）。」ケース

- 退院時のカンファレンス(以降:カンファ)、糖尿病や透析を行っている人のカンファでは、殆どが医師や看護師、MSWから話を聞きます。管理栄養士がカンファに参加されたことが無いです。（同意見多数）
- 管理栄養士と直接話をしたことはなく、説明を受ける事はほぼありません。
- 管理栄養士は、カンファの後に、別室で直接家族に指導していました。（その場にケアマネは参加していません。）

## ◆医師や看護師、MSWからの説明内容（一部）

- 食事メニューや禁食
- より安全な食事形態（ムース状、ゼリー状、量・変調のサイン等。
- 食事摂取量、飲み込み状態、介助の量
- 糖尿病や腎臓病などにおける塩分や水分、カロリー制限など。
- 嚥下困難な方の食事の摂取方法。トロミの形状（量）
- STのリハビリ介入状況

以上を、利用者の状態に合わせて情報提供して頂きました。

そのための食事作りはその後**管理栄養士から説明がありました。**

## ◆病棟の看護師より

- **胃婁**の場合に携わる時間や回数。その他、摂取時の諸注意など。
- **摂取方法**（スプーン、箸、介護・介助の必要性、食事セットにおける注意点）など。
- 糖尿病や腎臓病など疾病に応じた食事管理が必要な方、低栄養のリスクがあり床ずれなどの心配のある方、経口摂取以外での栄養補給が必要な方、嚥下機能が低下された方への栄養面や食事の摂取の方法や支援などの情報提供（嚥下機能や食時の意思低下の理由）があります。**具体的には、家族がカンファ後に病院で個別栄養相談を受けて退院されています。**

## 「管理栄養士が参加していた。」ケース

- 管理栄養士から、食事に制限がある疾患の方や、嚥下に障害のある方、人工透析の方の場合などは食事の形態、病院でのメニュー例、レトルト食品等を購入する場合の食品名メーカー名、摂取時の状態（食べ物を噛んで、飲み込むまでの問題点、気を付けること等）を教えてくださいました。 **（同意見多数）**
- 参加されるときは、糖尿病や嚥下困難などの場合が多く、好ましい、好ましくない食材、カロリー、病院での食事形態や、嚥下の状態についての情報を頂きました。

- 退院カンファの中で、食事の形態や摂取方法、食事療法（減塩食やカロリー制限、脂肪半減など）は、主に**栄養士からの助言**が多いです。

ケアマネの方から質問すれば詳しく答えて下さったり栄養価の問い合わせを指導につなげて頂いたりすることもあります。

- 嚥下機能の状態から、現在の食形態や調理法、具体的な食材の大きさや食べる速さ、本人がどこまで実行できるかを提供頂けるように連絡して頂いています（入院中は院内での内容を全て確認させて頂きます。）

## 「その他、カンファレンスについて」

- 食事制限の部分については、多くの場面で病院との連携が見られていると思いますが、**低栄養**の方に対して、効果的なカロリー摂取方法は、今までは管理栄養士や病院関係者からの説明は見受けられてはいません。
- 経管栄養だったため、ST、Nsより、栄養面のコメントは特になし。

## 設問 2

退院時の情報で、利用者の食事や栄養面などで、病院の管理栄養士に聞きたいことや「この情報」があると在宅での支援に有効だと思ふ情報には何がありますか？



## 介護者の能力、世帯構成に関連すること

- 一人暮らしや、本人が栄養管理をできない場合の対応を教えてください。  
病院側は「こういう食事にして下さい」と話をされるが、実際はADLの問題や調理能力（経験・知識・技術など）で出来ない人もいますので。
- 特別な調理方法や形態、メニュー内容であったりすると、老々介護などの場合、在宅でどこまで実施出来るかの擦り合わせや、その方法や形態が実施できない場合の方法（食材の紹介や家族などが使用する器具や簡単な作成方法など）まで、補助食品等も含めて情報提供を頂けるとありがたいです。

## 食事に対する意欲に関連すること

- 様々な理由で食事に対する興味が減退している方に対する栄養指導や、どの部分の栄養が不足しているのかなどの情報。最低限、どのようにケアしていく事が出来るようになり有効だと思います。
- より食事が進む内容（メニュー）や、積極的に摂取すべき食材や体調変化を起こしやすい食材など。

## 病気に関連すること ①

- **薬**により、食べてはいけないものがある場合、把握をしていきたいです。
- **ストマーの方の食事について。**  
食べてはいけない（注意を要する）食品リストを渡されていない方がおり、病院によっての違いなのか  
ストマ増設個所などによる違いなのか等、戸惑った  
ことがあります。在宅での注意点を情報提供して  
ただけると有難いです。
- 足などに浮腫みが強い場合や、水分の摂取量制限の  
時のメニュー内容など、必要とされる食材。

## 病気に関連すること ②

- 糖尿病などの食事制限の内容が細かい場合に、情報提供をして頂けると嬉しいです。
- **退院後の食生活に合わせて**、気を付ける点や注意すべき所を看護サマリーなどと一緒に頂けると、退院後、毎月のモニタリング等でフォロー出来るので、助かります。
- **治療食の処方が必要な場合は**経過的な栄養指導、相談が必要と考えます。退院時、例えば**誤嚥性肺炎の危険や栄養が十分に摂れない場合**、対応などを聞いて、対応出来る場合があります。

## 家族に伝えられた栄養指導の内容

- 食事の形態について。利用者家族に栄養指導を行った時の内容について、どのような内容（家族で対応可能なのか、在宅に戻った際に必要な物、等）か、教えて欲しいです。家族にも確認しますが、詳細な部分に不鮮明な部分が生じます。



## 調理能力に関連すること ①

- 在宅で利用者の食事や栄養面などの管理をされるのはご家族となります。  
ご家族も高齢であったり、食事や栄養面の管理が必要と理解されながらも、退院直後は日常の介護で疲弊されて大変です。
- 退院後の治療食はヘルパーの支援を受ける事や、市販の介護食品が購入できる場所や治療食や食形態に応じた配食サービス等の連絡先の情報も具体的にないと家族は安心かと思えます。

## 調理能力に関連すること ②

- 毎食、調理をせずに買い物でをしている方に向けて、コンビニやスーパーに惣菜などの食品で何を選択すれば良いのか等、**病気やライフスタイルに合わせた助言**があると良いと思うことがありました。
- 説明時に市販品などのパンフレット提供はありますが、自宅でヘルパーや老々介護の家族が、有るものを加工して作れる惣菜などを教えて欲しいです。

## 嚥下・咀嚼に関連すること①

- 嚥下について心配なので、食事の形態や調理の工夫について知りたい。また本人が低栄養となっている時の食事の情報が欲しいです。
- 食事摂取が困難な利用者に対して、入院中に摂取が出来ていた食物や量、そのメニューの作り方をご指導して下さい。
- 嚥下困難な方の座位保持角度。
- 在宅に嚥下困難な方が戻られた時の、簡易的なメニューがいくつかあると参考にご家族は助かると思います。



## 嚥下・咀嚼に関連すること ②

- **とろみの加減が分かりにくい**ので、実際の分量に対し、何gとか教えてもらえると家族が分かりやすいし、ヘルパー等に伝えやすいです。
- 食事摂取時、注意しなければならない事、内容量について詳しく知りたいです。
- 脳出血の後遺症で嚥下障害のある人の食事形態や食事に掛かる時間等々、聞きたいことはあるが、直接、管理栄養士と話をすることが出来るのでしょ  
うか？

## 設問 3

**入退院とは関係なく、通常のアセスメントでは利用者の栄養面を、何を重点的に確認していますか？（食事の回数、内容、量など）**

**また、その情報をケアプランにどのように反映するように工夫をされていますか？**

## 低栄養の予防に関連すること

- 要支援の方の場合は、低栄養状態にないかどうかのアセスメントに力を入れています。  
筋力維持や向上を希望する方で、そもそもの栄養が足りていないというケースが多く見られています。  
そのような場合は、栄養状態の改善をケアプランに反映させてもらう事があります。

## 体重の増減に関連すること ①

- 体重が減っているか、増えているか、維持しているか、食事の量や栄養バランスは毎月チェックをしています。  
介入や支援が必要な時は、主治医の先生や栄養士に相談をして、その意見を考慮して、介護者の介護状況や相談に乗り、ケアプランに反映するようにしています。今後も多職種での支援を検討したいです
- デイサービスで定期的に体重測定をされている方は変動が無いかチェックするようにしています。

## 体重の増減に関連すること ②

### ◆訪問時の体調や体重の増減に応じて確認する内容。

- 食事をしている**場所**や**回数**、
  - 食事の提供が**家族による調理**か、**自分で調理**をしているか。
  - **メニューの内容**や**量**。惣菜など**購入したものが多い**かなど。
  - 食事の**姿勢**や**嚥下機能**の確認
  - 食の**形態**が変化していないか、
  - 食材の購入が出来る**範囲**先。
- 
- 家族が食事を用意されている時は**買い物**や**食事づくり**が大変ではないか、**介護力**も確認しながら**訪問看護**や**訪問介護**の方からも**栄養面**の情報を得ています。

## ◆食事の内容などで確認すること。

- 食事の摂取量、内容、回数、食事に掛かる時間。
- 食事を取る時間帯
- 食事の回数、量、食事は誰が準備しているか。
- 禁食の物、アレルギーのある物。
- 間食の有無や内容。
- 水分の摂取量・回数。
- 食事・水分のむせ込みの有無・嚥下について。
- 塩分、脂肪分の多い食生活の傾向の方の食事内容。

本人やご家族に話を聞いて、デイサービスやショートの利用時に情報提供をしていきます。

## 食事内容に関連すること（回数やメニューの確認）②

- 特に良質のたんぱく質を摂取しているか、必要性を本人・家族に口頭で説明していますが、ケアプランには具体的に反映しておらず、減塩食の作成程度で留めています。
- 食事の回数はケアプラン3表に記入。食事量や内容、食事制限の情報、家族のサービス内容、関わるサービス事業者は担当者会議で情報を共有してプランの中に落とし込んでいます。（同意見多数）
- 特に注意することがなければケアプランに反映していません。

## 「その他」①

- バランスの取れた食生活のため、食事形態、食事摂取の自立度、ヘルパーと共に行う調理、宅配食の利用、デイでの食事提供、お弁当やヘルパーによる食事例、家族の支援など、必要な方策や具体的なサービスをケアプランに反映することが多いです。
- 病気や体調に合わせたメニュー内容や、食形態が**出来ているか**を訪問時に確認。キープするのが難しい時に、ケアプランに目標や課題として反映させています。



## 「その他」②

- 栄養面について病状により内容が変わりますが、骨粗鬆症のある方はカルシウム、元気がない方は鉄分、便秘の方は食物繊維など、それぞれの栄養素をどのように摂取しているか確認します。

ケアプランに反映する時には、必要な栄養素を記録することもあります。（鉄分を摂り体調を整えていく、等）

## 「その他」③

- **受診時のデータ**のアルブミン数値や、BMIを確認しています。糖尿病の方は、HbA1cの数値で、食事の内容、量、食べ方をアセスメントしてケアプランにHbA1cの**数値を目標**にしている方もいます。
- 栄養面では禁食が無ければ、どの程度の量と何を摂っているか確認します。次に形態や嚥下、咀嚼の問題、自立度（どれ位、一人で食せるか）作り手（介助してくれる部分の範囲）の状況等をケアプランに必要な部分を課題に挙げながら、**負担を配慮**してプランに入れています。

## 「その他」④

- 血液検査の結果、体重の増減等を確認して、管理する必要性が高くない場合は、「バランスの良い食事を摂る。」などプランではアバウトな表現になっています。
- これまでケアプランに反映したことはなく、反映するとしたら形態や嚥下状態に合わせた食事の工夫と思います。
- 食事制限があって、食事の準備が難しい環境の人などは配食弁当に頼る事が多いです。

## 第3節

「地域での食事や栄養管理の  
支援体制の課題について。」

～アンケート結果からの考察～

# 管理栄養士とケアマネジャーは連携不足？

○アンケートの結果から、入退院におけるカンファレンスで、ケアマネジャーと管理栄養士とは情報交換などが行われておらず連携不足が課題として挙げられる。

## ◆連携が困難な理由

- 退院時のカンファレンスに管理栄養士が参加をしておらず、会う（話す）機会が無い。
- 食事や栄養に関する情報提供や説明は看護師か医師が行っている。
- 管理栄養士とケアマネジャーで多職種連携の顔が見える関係（仕組み）が出来ていない。

## 在宅と病院間の、問題認識の差

- 急性期病院からの退院時に、口から食えることができないと、在宅へ戻ることは難しい。療養型の病院へ転院するケースも多い。
- 在宅で口から食べられない状態になっても、急性期病院には入院できない。嚥下障害や低栄養が原因であれば病院側は受け入れてくれない制度になってきている。
- 在宅と病院の処置の違いにも、ケアが手薄くなる在宅ではどのようにケアをしていけばいいのか。どこまでが支援（ケア）として可能なのかを伝えていくことも大切。

# ケアマネジャーの栄養管理の課題①

## 「ケース個別の問題」

- 食生活の改善や栄養管理が必要な困難なケースでは、調理能力（調理経験、ADL、栄養学が無いなど）や経済状況、栄養管理の意識が無いなど、利用者の背景にある何らかの問題による理由も多い。
- 高齢者が抱えているいくつかの疾病に応じて、生活全体の状況と合わせて栄養面の支援を行っていく必要がある。  
ケアマネジャーは食の支援について、教育カリキュラムの中で詳しく栄養学の教育を受けているわけではないので、必要な時に専門職に相談する視点が必要。

## ケアマネジャーの栄養管理の課題 ②

- ケアマネジャーは基礎資格によって専門分野が異なる。食事や栄養摂取についての教育は実務研修※の中でBMI（体格指数）や食事摂取の方法、咀嚼や嚥下、調理能力（IADL）などのアセスメントを中心に行われている。 ※実務研修=ケアマネジャーの試験に合格した後、現場で業務が行えるように基礎を学ぶ、最初の法定研修。
- 咀嚼や嚥下能力の確認は、専門職種間で連携を図りながら、確認していく作業が求められている。訪問時に確認する口腔ケアの話は、かかりつけの歯科医や受診状況、歯磨きや残歯、口臭などの確認も合わせて行なっている。



## ケアマネジャーの栄養管理の課題 ③

- ケアマネジャーの食事支援の視点は「生活全体」の中で病気の再発予防、介護予防や低栄養の視点から治療食、栄養補助食、一日の中で食事が摂れている回数や量について確認をしている。
- ケアプランでは食事を適切にとることや、生活習慣の改善について提案。毎日のメニュー内容が適切かは栄養学の専門知識習得に差があるため、ケアマネジャーによっても確認内容に差がある。
- 日々、適切に食事が摂れているかの確認は、本人・家族、他職種と連携をして取り組むが、毎日の内容確認はサービスの利用量によっても限界がある。

- 褥瘡などが出現してから、栄養状態の改善に取り組む場合も生じる。病気に関連する食事のケア（減塩食や腎臓食等）は多職種と連携で行っていても、低栄養状態の予防や、熱中症などの予防に取り組む食事のケアを具体的に実践していくのは難しい。
- 独居や高齢者夫婦など、世帯構成によっては食事の提供や、摂取したかの確認が難しい。今後は他職種と専門的視点を共有しながら、世帯等の状況を鑑み、食の支援を行う視点を培っていかなければならない。
- 栄養・食事の調達についての問題は、経済や意識、調理能力など生活上の問題が影響しており、それらを一緒に解決しないと改善しない場合も多い。

## 認知症の人の在宅での食事管理 ①

- ◆ 食事の拒否などがあり、バランス良く十分な栄養を取るのが難しい。また、家族（介護者）も食事介助には慣れておらず、介護負担が大きい。
- ◆ 誤嚥性肺炎の予防を考慮しつつも、咀嚼力、嚥下の様子確認が難しく、食事の形態や固さが適切なのか口腔内の様子が分かりづらい。
- ◆ 拒否をされる理由が、上記の理由だけではない。

## 認知症の人の在宅での食事管理②

◆ 食事の拒否などが少なくなるように、食べる環境と雰囲気作りが大事。

- 生活習慣の中で食事を摂る時間は一定に決める。
- 食べやすい雰囲気的环境を心掛ける。（暖かい雰囲気、賑やか過ぎない食事に集中しやすい環境、など）
- 今までの食事のルーティンを守る「頂きます。」や本人の座る席、使う食器など。
- 自ら意思が伝えられない方には、嗜好の確認や、食事の形態や固さの確認、咀嚼力、嚥下の様子を確認。  
日々のバイタル、便秘、脱水、発熱などないか観察。
- その環境を作るために、介護者が余裕を持たせて食事が提供できるよう日々の介護負担を考えた支援を行う。

# ケアマネジャーが食に関する連携を行う関係者

## ○栄養状態について

①一日の**食事内容**(回数、摂取量等)や**メニュー**の  
確認(和・洋食、嗜好、形態、塩分等)

本人、家族、ヘルパー(観察・介助)、通所施設職員  
短期入所施設職員、訪問看護師、往診医師、など

## ○咀嚼・嚥下力の確認

S T. 歯科医師(通院・往診)、歯科衛生士、  
本人、家族、往診医師、訪問看護師など

## ○口腔ケアの確認

歯科医師(通院・往診)、歯科衛生士、ヘルパー  
(観察・介助) 本人、家族、訪問看護師など

## 地域内での関係機関の連携について①

- **病院**間では、管理栄養士から主治医やNsなどに食事の情報が届けられます。  
**在宅**ではケアに携わる家族やサービス提供事業者などの関係者間で、連絡ノートやケアマネジャーへのモニタリング報告で情報が伝えられます。
- しかし、**病院**と**在宅**で食に携わるチームが、それぞれに直接連絡を取ることは多くない。  
地域ではケアマネジャーや、訪問看護師などがチームケアに携わる多職種に情報を発信している。

## 地域内での関係機関の連携について②

○地域で、栄養管理や食事の取り組みへの連携を、より良くしていくにはどうしたら良いだろうか？

**「職種間の情報共有や、現場での支援は大切。」**

- 地域での連携基盤の構築は、個々の支援のデータの蓄積が重要になる。  
多職種間で実践した連携のデータの照合が必要。
- 合同研修会やシンポジウムでケース報告や問題提起、知識・情報などの共有が基盤の礎をつくる。そこから各職種ごとの課題の検討、環境の改善が始まる。

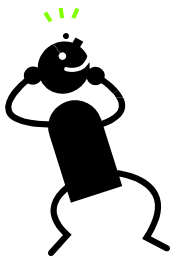
## 地域内での関係機関の連携について③

- 在宅で数値が悪いとか栄養の状態が悪くなっても、管理栄養士の訪問は区内では少ない？仕組みがあっても少ない状態は管理栄養士を含めた「他職種間で話し合う仕組み。」が地域に無いのも要因の一つ。
- どの範囲（フォーマル・インフォーマルサービス）での連携が行われれば良いだろうか。



# 管理栄養士の課題

**管理栄養士が、実際の地域での支援を行う時に、活動の状況を鑑みて挙げられる課題は、何があるのでしょうか？**



■ **地域でのフォーマル・インフォーマルサービスによる、食の支援。**

**金沢区の一部の活動をご紹介します！**



# 地域内での食の支援！ ①

## ◆「在宅リハビリテーション事業」

横浜市内に4カ所あり、PT、OT、STが食事を食べる時の姿勢や、口腔ケアの仕方など、食事に関する支援を行います。

○課題として、食への関わりは介護職より専門職のはずだが、在宅での食事全体の検討や評価はケアマネジャーか他職種が行っているので、関わりは多くはない。また検討や評価を、ケアマネジャーは、どの様に行っているのかも、よく見えてこない。



## ◆金沢区栄養士・保健師の活動

- 区民を対象に一般相談などの事業を展開。（月2回）  
食事や生活習慣について、個別相談。  
高齢支援課と連携をして、来庁が出来ないケースは  
戸別訪問を行う。歯科衛生士にも相談を行う。
- 事業では「ヘルスマイト」により栄養指導と食事の  
バランスチェック、簡単な料理の紹介や、個別相談  
などを行っている。「減塩7g」の調理が自身で行  
える様に、味噌汁を作って持ってきてもらう、など。

※ヘルスマイト:「健康は私たちの手で」を合言葉に、子どもから高齢者までを対象に  
地域で健康づくり(健康講座、料理教室、イベント啓発、ウォーキング)をテーマに  
活動するボランティアです。

## 地域内での食の支援！ ②

○地域で食や栄養に関心を持っていただく事業を展開するには知識や情報の提供だけではなく、関心を持っていただくための具体的で実践的、楽しい雰囲気での教室の展開が必要。

- ・体験をしてもらうと効果がある。
- ・健康や食事に関心がある人は多い。



○区内の病院と老人保健施設の管理栄養士が、病院と施設間の継続した栄養管理について、情報交換会などの連携を図っている。

○**介護予防普及啓発活動事業**として、年2回は65歳以上の高齢者に向けて「栄養改善」の講座を実施。

# 介護予防について

- 介護予防事業や、予防ケアマネジメントには食や栄養に関する質問項目がある。
- 現場では介護予防は活動の向上や筋力を低下しないようにリハビリプログラムへ参加するサービスの利用が考えられる。
- ➡日常生活の中で、食事の回数や量、メニュー、調理方法や食事の形態などについてのアセスメントが十分でない、問題が見落とされて支援者が携わっていても**フレイル**の状態に陥りやすくなってしまふ。

## ◆地域住民による食の支援

○ボランティア団体による食事の提供。対象は主に、一人暮らしの高齢者。メニューも考える。

- ・ **配食サービス**：月1回（ボランティアの調理によるお弁当を自動車ですべて訪問。）
- ・ **食事会**：月1～2回。ケアプラザ、町内会で開催

長く続けられており大好評！楽しみにされている方が多い

○ **食事会**は地域に交流拠点の少ない高齢者の憩いの場として参加者に人気。 **配食サービス**は顔を見て話す機会となり、安否確認も行える。

# ボランティアの食事サービス「あけぼの」お食事会





# ボランティアさんのオール手作りのお食事会



配食お弁当の準備。数は多くても、ひとつひとつ丁寧に



# 配食されるお弁当



# 補足。六浦デイサービスの食事



# 地域内での食の支援！④

## ◆横浜市配食サービス（条件は要約してます。）

### 1. 心身の状況

- ・要介護2以上、要支援又は要介護1で、認知症があり、食事確保が困難な方。
- ・低栄養状態のリスクが高く食事確保が困難な方  
※最近6か月の体重減少が10%以上・血清アルブミン値3.0g/dl以下のいずれかに該当
- ・身体障害者で、心身の障害等の理由により食事確保が困難な方

### 2 介護力

- ・ひとり暮らし
- ・ひとり暮らしに準じる世帯
  - ア 同居家族が日中に就労することを常態としているため、食事確保が困難な場合
  - イ 同居家族が疾病、障害（著しい体力低下により日常生活に支障のある場合を含む。）のため食事確保が困難な場合

## 地域内での食の支援！ ⑤



### ◆スーパーの買い物額に応じた自宅配送。

・購入金額3000以上で自宅へ配達。高齢者が多い地域で重宝されているサービス。

- ・インターネットを利用した、食事・食材の調達。
- ・コンビニエンスストアによる食事・食材の調達。  
(包括地域内に7カ所、存在)

### ◆フードバンクの利用（生活困窮者など）

### ◆町内会や民生委員などによる、町内会単位の食事会や、声掛け・見守りによる支援。

月一回など、定期的に関催。手作りの食事やおやつを提供している。（一部実費）

## ◆栄養ケアステーション

○「栄養ケアステーション」は金沢区には、**まだ**ありません。

日本栄養士会による、「栄養ケアステーション」については横浜市内でも1～2か所。金沢区でも構想は練られている。

○地域で立ち上がっておらず、身近にない理由もあり  
金沢区内・横浜市内の介護支援専門員間での認知度はまだ低かった。

(実施地域など一部地域除く)

## 栄養スクリーニング加算

○ 2018年4月の介護報酬改定で、デイサービスやデイケアなどの事業所が、利用者の栄養状態を確認して、ケアマネジャーと文書で情報共有をした場合の評価として**栄養スクリーニング加算**が新設された。

○原則は、全ての利用者が加算の対象。

▽BMIが18.5未満▽1-6カ月間で3%以上の体重の減少  
▽血清アルブミン値が3.5g/dl以下となっている。

**栄養改善加算**は、管理栄養士の仕事を評価するもので「**栄養スクリーニング加算**」は、管理栄養士以外の介護職員とケアマネジャーの連携に対する報酬。



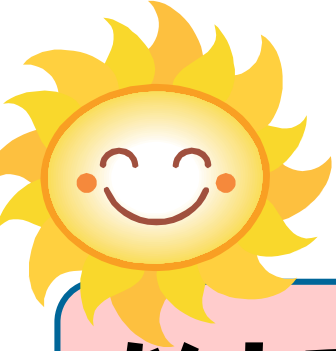
**今回、お忙しい中、取材にご協力を頂いた皆様には、  
厚く御礼を申し上げます。**

◆アンケート協力:

横浜市金沢ケアマネ倶楽部居宅介護支援事業所 (43事業所)  
横浜市内・神奈川県内居宅介護支援事業所 (26事業所)  
金沢区地域包括支援センター (9箇所)

◆取材協力:

横浜南共済病院、並木リハビリテーション病院の管理栄養士(インタビュー)  
関東学院大学 栄養学部 管理栄養学科博士(スポーツ医学)田中教授  
泥亀福祉機器支援センター  
金沢ケアマネ倶楽部・居宅介護支援事業所の皆様  
横浜市主任ケアマネジャー勉強会「たけのこの会」メンバーの皆様  
横浜市及び、神奈川県内の居宅介護支援事業所の皆様  
金沢区役所、福祉保健センター福祉保健課 健康づくり係 管理栄養士



**以上です。ご清聴ありがとうございました。**

#### ◆参考資料

- 「管理士・管理栄養士を目指す人の社会福祉」岩松珠美・三谷嘉明編（株）みらい2004年発行
- 「生活習慣病予防と高齢者ケアのための栄養指導マニュアル」社団法人 日本栄養士会監修  
第一出版 平成14年発行
- 「食事療法シリーズ ⑩ 高齢期の病気と食事」医歯薬出版株式会社 2003年発行
- 「平成28年度 全国福祉栄養士研修会（報告書）」公益社団法人 日本栄養士会 福祉事業部  
発行 平成28年発行
- 平成27年度、介護報酬改定の（4）口腔に関するスライド
- 「『図説』ケアチーム」野中 猛著 中央法規出版 2007年発行
- 「介護に役立つ口腔ケアの実際 用具選びからケアのポイントまで 」大泉恵美、齋島桂子、  
齋島弘之、森崎市治郎編著 中央法規出版 2016年発行