

同職種連携

～病院、施設、在宅をつなごう～

在宅栄養管理ステーションもぐもぐ大阪
在宅栄養専門管理栄養士

水島美保

令和2年度診療報酬改定項目－栄養関連－

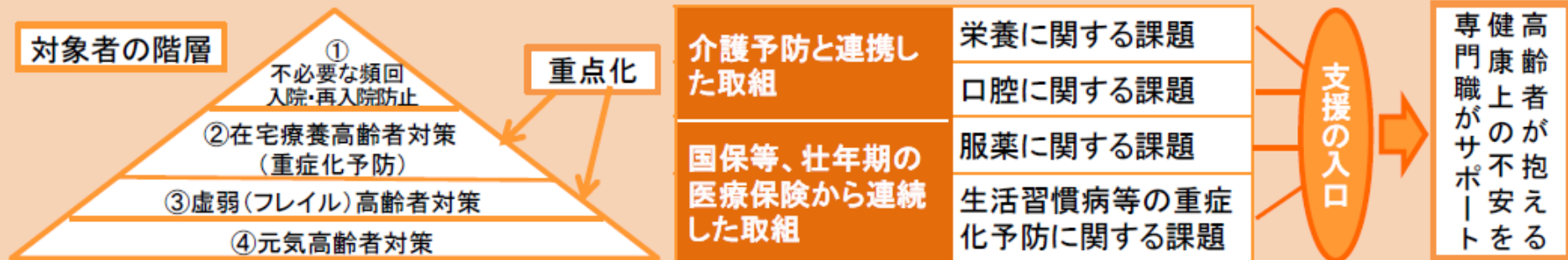
- P46-47 NST加算の要件見直し
- P55情報通信機器を活用した栄養食事指導の評価（2回目以降で情報通信機器を使用する場合）：180点
- P124-125 外来化学療法患者への栄養食事指導 外来化学療法加算等の評価の見直し
- P84-87 摂食嚥下支援加算（経口摂取回復促進加算 名称変更及び要件見直し） 摂食嚥下支援加算：200点
- P88 緩和ケア加算の個別栄養食事管理加算の対象患者見直し
- P320-321 特定集中治療室 早期栄養介入管理加算 特定集中治療室における早期の経腸栄養等の栄養管理の評価 早期栄養介入管理加算：400点
- P332-337 回復期リハビリテーション病棟入院料の人員配置要件の見直し
- P415-416 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直し
- 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の要件見直し
- P122-123 連携充実加算 関係する職種と連携した入院前からの支援の評価 連携充実加算：150点
- P429 栄養情報提供の評価（新設）入院中の栄養管理等に関する情報の提供に関する評価 栄養情報提供加算 50点
- P430 栄養食事指導の見直し（栄養ケア・ステーションとの連携） 外来・在宅患者の栄養食事指導に関する他の医療機関との連携の評価
- 外来栄養指導（診療所の栄養CS活用）：1回目250点、2回目190点 訪問栄養指導 1人＝510点、2～9人＝460点 それ以外＝420点
- 入院時支援加算：1＝230点 2は現行通り

高齢者の特性を踏まえた保健事業 ガイドライン 第2版

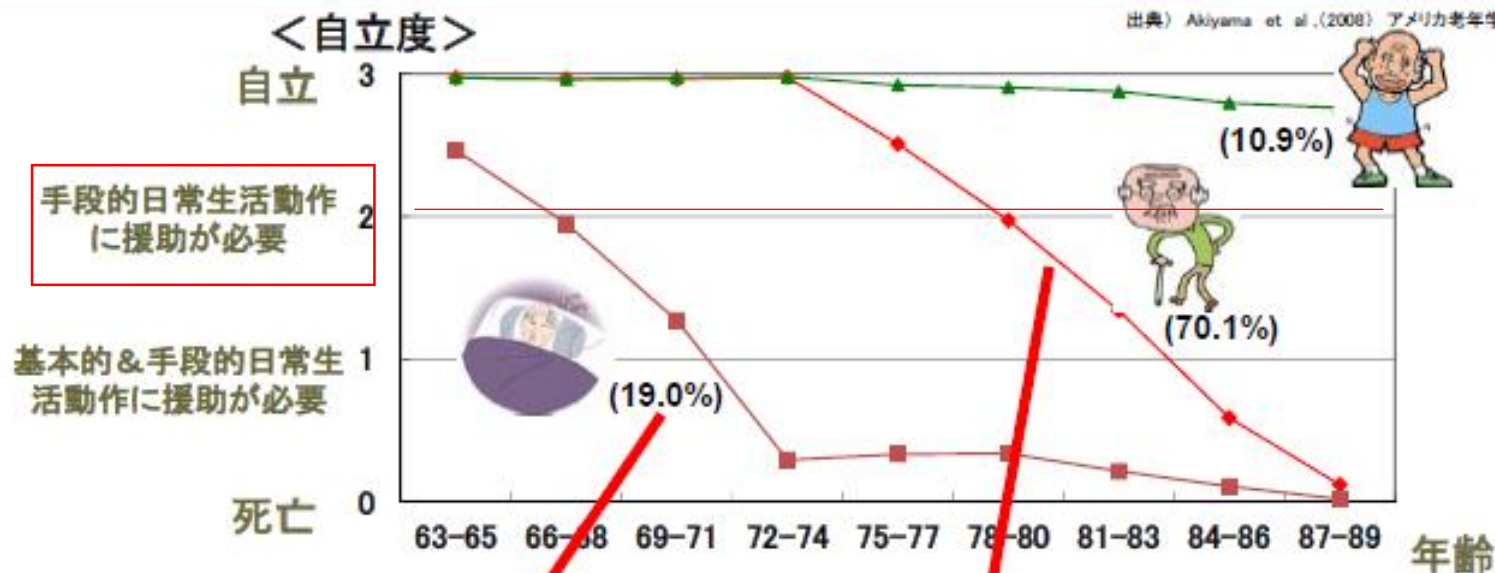
令和元年 10 月

厚生労働省保険局高齢者医療課

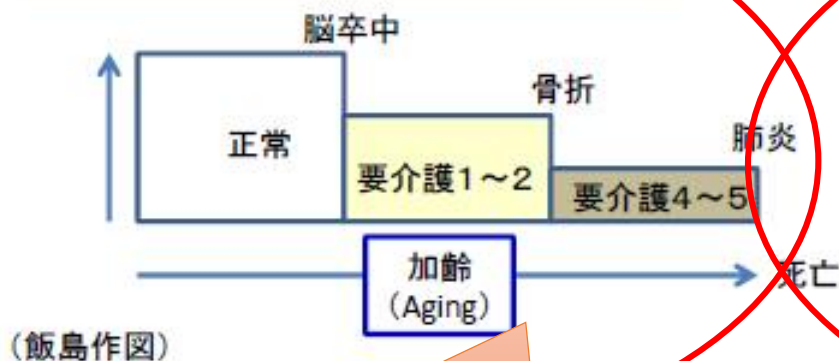
・どのような対象者に、どのような支援を行うかについて整理



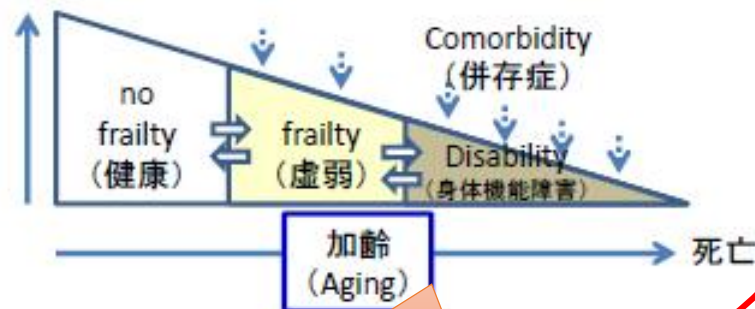
我々はどう弱っていってしまうのだろう



A. 直下型フロー(要介護疾病モデル)



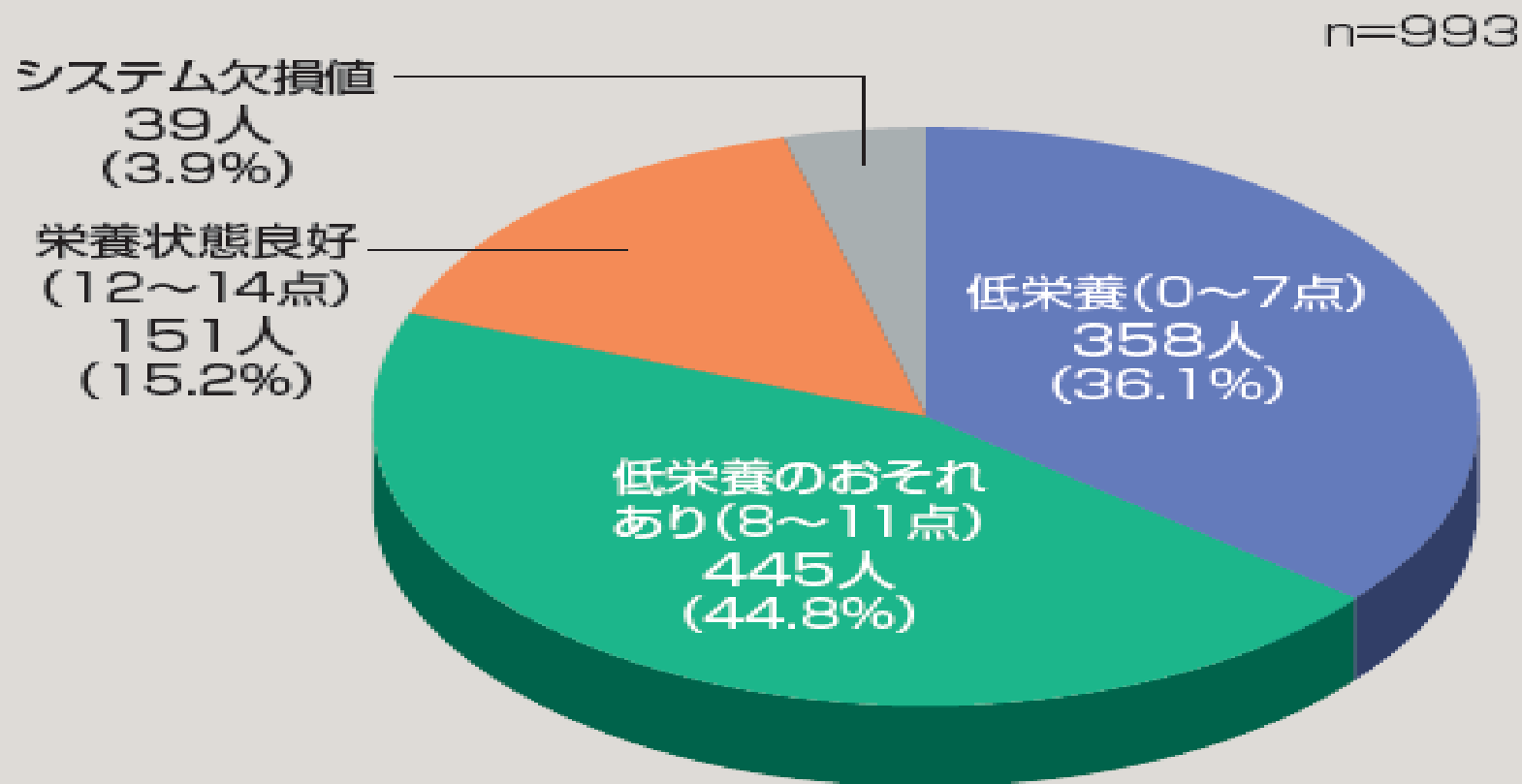
B. 虚弱型フロー(frailty虚弱モデル)



摂食嚥下障害→低栄養

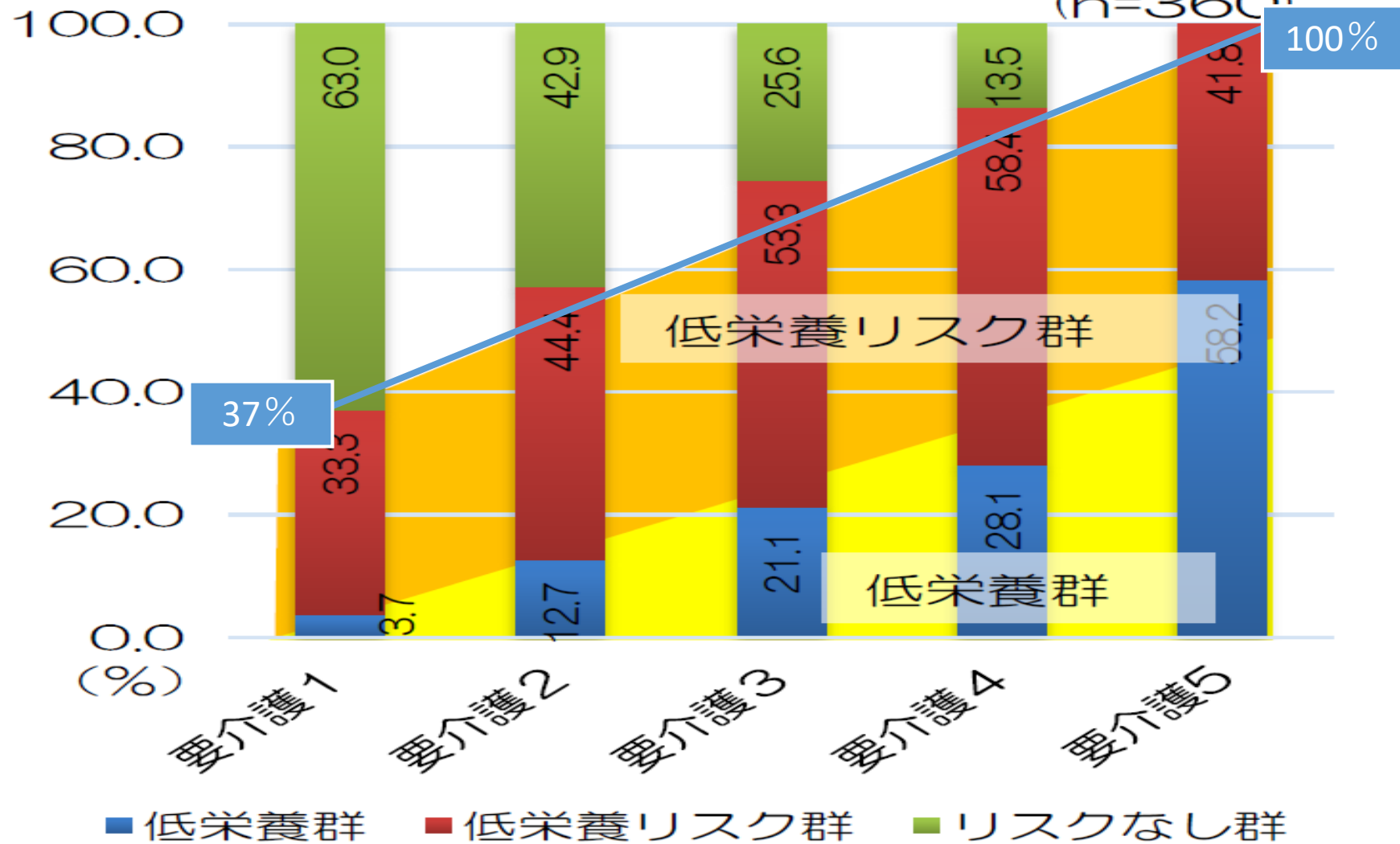
低栄養

要支援・要介護者介護者の現状



低栄養 + 低栄養のおそれ 80.9%

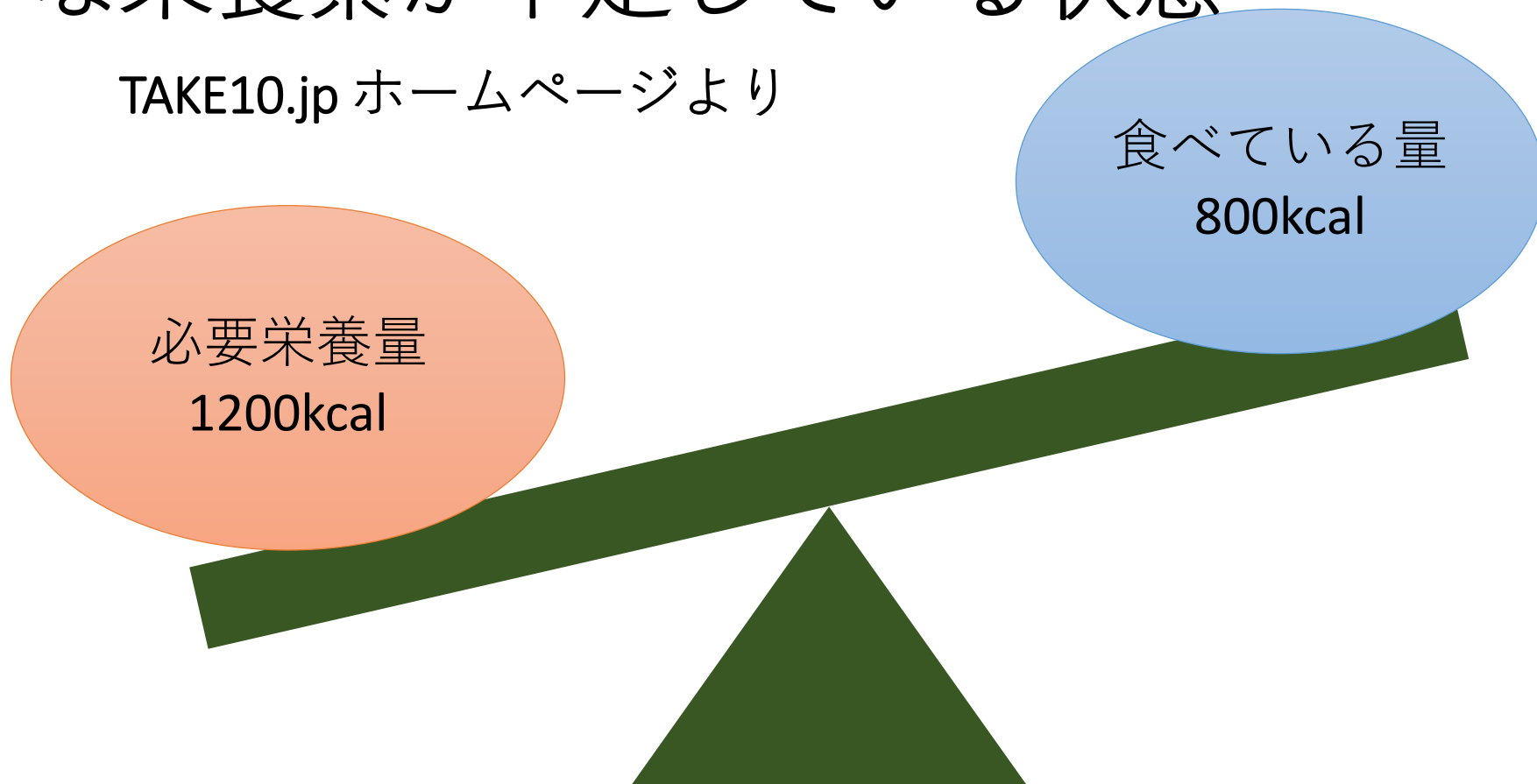
要介護高齢者の介護度別 低栄養リスク（MNA-SFによる） (n=360)



平成25年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）要介護高齢者の口腔機能および口腔の健康状態の改善ならびに食生活の質の向上に関する研究報告書
（研究代表者 平野浩彦 東京都健康長寿医療センター研究所）より作成

低栄養：健康的に生きるために必要な栄養素が不足している状態

TAKE10.jp ホームページより



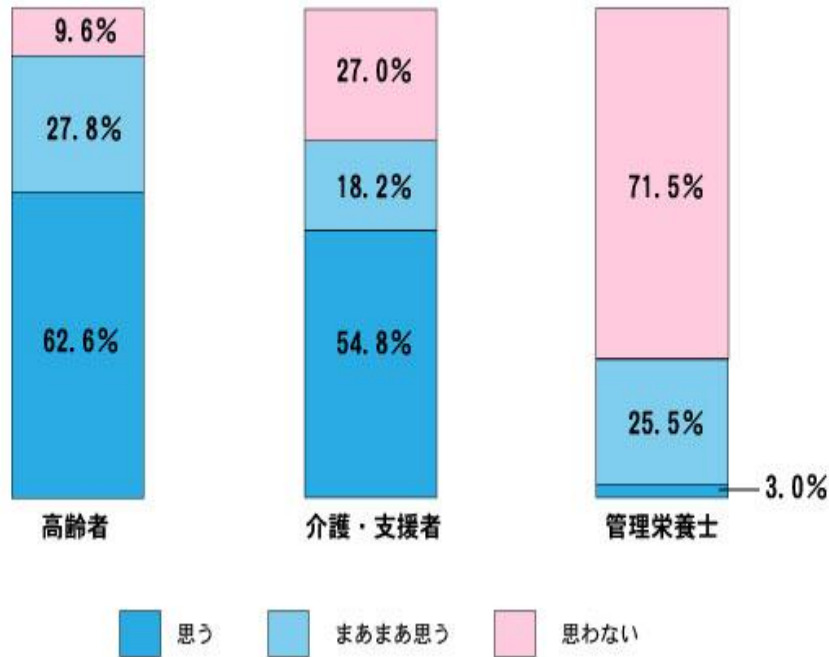
毎日400kcal不足するとどうなる？
→1ヶ月後 1.7kg体重減



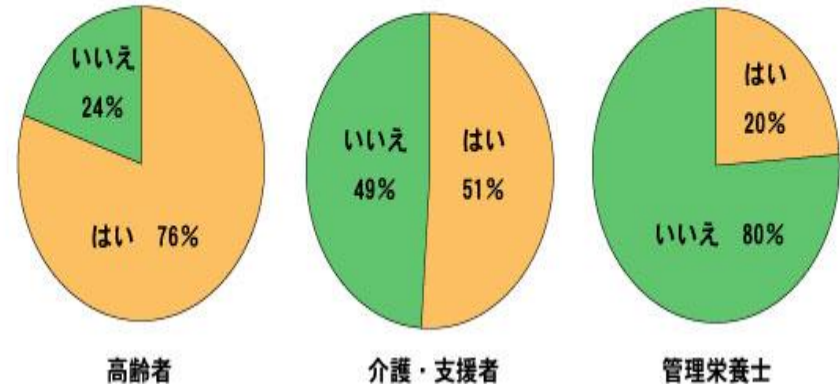
(2019/10/06 08:00)

時事メディカル

現在の食事量・内容で十分な栄養が取れていると思うか



健康のために粗食が大切と思うか

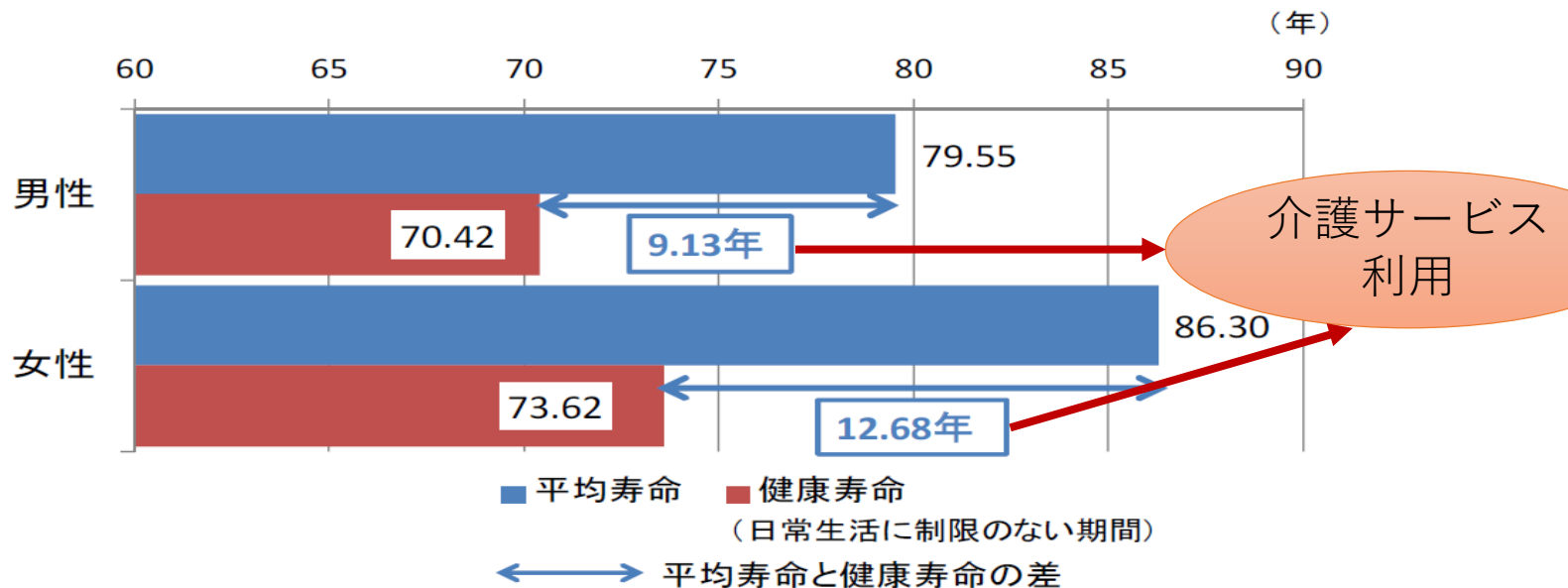


調査はインターネット上で行い、①75歳以上の男女500人②75歳以上の同居家族を介護・支援する男女500人③管理栄養士200人－が回答した。

日本静脈経腸栄養学会の東口高志理事長（藤田医科大学医学部外科・緩和医療学主任教授）は、「**75歳以上のほとんどが、必要な食事量に足りておらず、その原因が『粗食が大切』という間違った認識の浸透によっている**」と指摘。その上で、「過度の痩せや高齢者の低栄養は生活の質を低下させ、**要介護度を増し、疾病から回復延滞、寿命の短縮につながってしまう**」と答えている。

在宅・施設→病院→在宅・施設 ～栄養の課題～

平均寿命と健康寿命の差



資料: 平均寿命(平成22年)は、厚生労働省「平成22年完全生命表」

健康寿命(平成22年)は、厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」

[出典] 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会・次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会
「健康日本21(第二次)の推進に関する参考資料」p25

* 平均寿命とは、0歳のときに何歳まで生きられるかを統計的に予測した「平均余命」のことです。

* 健康寿命とは、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」と定義されています。

健康寿命を伸ばす！

在宅栄養管理ステーションもぐもぐ大阪

フレイル検診 問診票

	類 型 名	質 問 文	回 答	考 え 方
1	健康状態	あなたの現在の健康状態はいかがですか	①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない	主観的健康観の把握を目的に、国民生活基礎調査の質問を採用
2	心の健康状態	毎日の生活に満足していますか	①満足 ②やや満足 ③やや不満 ④不満	心の健康状態把握を目的に、GDS（老年期うつ評価尺度）の一部を参考に設定
3	食習慣	1日3食きちんと食べていますか	①はい ②いいえ	食事習慣の状態把握を目的に項目を設定
4	口腔機能	半年前に比べて固いもの(*)が食べにくくなりましたか *さきいか、たくあんなど	①はい ②いいえ	口腔機能（咀嚼）の状態把握を目的に、基本チェックリストの質問を採用するとともに、「固いもの」の具体例を追加
5		お茶や汁物等でむせることがありますか	①はい ②いいえ	口腔機能（嚥下）の状態把握を目的に、基本チェックリストの質問を採用
6	体重変化	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	①はい ②いいえ	低栄養状態のおそれの把握を目的に、基本チェックリストの質問を採用
7	運動・転倒	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	①はい ②いいえ	運動能力の状態把握を目的に、簡易フレイルインデックスの質問を採用
8		この1年間に転んだことがありますか	①はい ②いいえ	転倒リスクの把握を目的に、基本チェックリストの質問を採用
9		ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	①はい ②いいえ	運動習慣の把握を目的に、簡易フレイルインデックスの質問を採用
10	認知機能	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか	①はい ②いいえ	認知機能の低下のおそれの把握を目的に、基本チェックリストの質問を採用
11		今日が何月何日かわからない時がありますか	①はい ②いいえ	認知機能の低下のおそれの把握を目的に、基本チェックリストの質問を採用
12	喫煙	あなたはたばこを吸いますか	①吸っている ②吸っていない ③やめた	喫煙習慣の把握を目的に、国民生活基礎調査の質問を採用し、禁煙理由についてのアセスメントにつなげるため、「やめた」の選択肢を追加
13	社会参加	週に1回以上は外出していますか	①はい ②いいえ	閉じこもりのおそれの把握を目的に、基本チェックリストの質問を採用
14		ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	①はい ②いいえ	他者との交流（社会参加）の把握を目的に、基本チェックリストの質問を参考に設定
15	ソーシャルサポート	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	①はい ②いいえ	身近な相談相手の有無の把握を目的に項目を設定

厚労省：地域包括ケア

在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）在宅療養を支える関係機関の例

- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県、保健所等の連携の下、市町村単位で、地域医療・介護の連携体制を構築することが重要。

疾患があっても、認知症があっても
安心して地域で暮らしていける社会
「ときどき入院、ほぼ在宅」



厚労省HPより

病院

栄養管理

医療の視点
(生活の視点)

情報連携



多職種連携

地域・在宅

食支援

生活の視点

- 入院早期からの栄養管理
- 入院以外のライフステージの想定
- 在宅チームへの栄養情報の伝達
- 訪問管理栄養士との連携
- 禁食・安静による医原性サルコペニア
- 退院後の食支援を見据えた栄養管理

- 食支援を意識したケアプラン
- ライフステージに応じた目標設定
- 入院中の栄養情報の入手
- リハスタッフ等、病院管理栄養士との連携
- 生活の視点での口腔ケア
- 気軽に相談できる窓口・仕組み

掲載: Run&Up x 地域包括ケアシステム(大塚製薬工場 会員サイト)

入退院支援のプロセス

第1段階

- ・ 入院予定、入院決定時、入院時の患者把握
(入院時スクリーニング・アセスメント)

第2段階

- ・ 入院3日以内に退院困難な要因を持つ患者の抽出
※ 入院時スクリーニングを基に多職種カンファレンスを7日以内に開催し、退院支援計画書、入院診療計画書作成

第3段階

- ・ 入院3日目～退院日まで
※ 生活の場に帰るためのチームアプローチによるケア提供をモニター (受容支援と自立支援)

第4段階

- ・ 必要になった時点から退院日まで
※ 地域・社会資源との連携・調整
退院を可能にするための制度・社会資源への調整を行う

宇都宮宏子氏の退院支援の定義を参考に開田作成

(別紙様式6) 退院支援計画書

(患者氏名) 姓 入院日:平成 年 月 日
 計画日:平成 年 月 日
 変更日:平成 年 月 日

病棟(病室)	
病名 (他に考え得る病名)	
患者以外の相談者	家族・その他関係者()
退院支援計画を行う者の氏名 (下記担当者を除く)	
退院困難な要因	
退院に係る問題点、課題等	
退院へ向けた目標設定、支援期間、支援概要	
予想される退院先	
退院後に利用が予想される社会福祉サービス等	
退院後に利用が予想される社会福祉サービスの担当者	

注)上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

(病棟退院支援計画担当者) 印
 (退院調整部門退院支援計画担当者) 印
 (本人) _____

(新設)退院支援加算1		(改訂)退院支援加算2	
一般病棟入院基本料等の場合	600点	一般病棟入院基本料等の場合	190点
療養病棟入院基本料等の場合	1200点	療養病棟入院基本料等の場合	635点



各専門職の個別の支援計画書が必要

【療養食加算、再入所時栄養連携加算、栄養マネジメント加算、低栄養リスク改善加算、経口移行加算、経口維持加算に関する内容】

•短期入所サービス・施設サービス

指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（全文68ページ）

抜粋資料：1～2、9～11、14、17、20～24、29、32～34、36、38抜粋



公益社団法人
日本栄養士会

大阪府 入退院支援の手引き

病院から住み慣れた暮らしの場へ
～地域みんなで取り組む入退院支援～

平成30年3月

大阪府

在宅チーム

ケアマネジャー、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、ホームヘルパー、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士等の在宅療養を支える医療・介護関係者

入退院支援

病院と在宅チームが、日ごろから体制を整えておくとともに、その人らしい暮らしに帰るために入院早期から退院に至るまで連携・協働して支援を行うこと

意思決定支援

入退院支援の過程において、医療の選択や、これからの療養方法・療養場所の選択ができるよう支援すること

入院時カンファレンス

退院支援計画を立案するために開かれるカンファレンス
(急性期病院においては、入院から概ね7日以内に行われる)

退院前カンファレンス

本人の退院後の生活において予想される課題を検討し、療養環境の準備・調整を行うために開かれるカンファレンス

コラム：「退院支援」と「退院調整」

高齢者や、既に病気や障がいを抱えながら療養していた患者にとっては、退院後も、本人が望む暮らしや、その人らしい暮らしを送ることができるよう、「生活に軸足を置いた医療選択」を考える必要がある。本人・家族に適時・適切な病状説明と方向性の共有がなければ、本人や家族にとって大事な分岐点となる医療選択や療養方法の選択に、本人・家族は主体的に参加できない。

意思決定支援が支援の軸にあり、「退院支援」という過程の中の一部に、「退院調整」がある。

○「退院支援」：本人が自分の病気や障がいを理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながら、どこで療養するか、どのような生活を送るかを自己決定するための支援

○「退院調整」：本人の自己決定を実現するために、本人・家族の意向を踏まえて環境・ヒト・モノを社会保障制度や社会資源につなぐためのマネジメントの過程

退院支援・退院調整は、本人・家族を中心に、院内多職種・入院前の本人の暮らしや価値観を知る在宅チームが連携・協働して行うものである。

(出典)『在宅新療0-100』2017年10月号特集「地域みんなで取り組む退院支援：入院医療の現場から、暮らしの場へ移行するために」◎へるす出版 宇都宮宏子氏執筆部分抜粋

2020年4月から、点数付きます！



9 各種サマリー…栄養管理計画書

別紙23

※医療機関によって、様式のレイアウトは異なる。

栄養管理計画書

計画作成日

77才

氏名 氏 (男・女) 西 姓

明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)

入院日

担当医師名

担当管理栄養士名

入院時栄養状態に関するリスク

栄養状態の評価と課題

栄養管理計画

目標

栄養補給に関する事項

栄養補給量 ・エネルギー kcal ・たんぱく質 g ・水分	栄養補給方法 ☐ 経口 ☐ 経腸栄養 ☐ 静脈栄養
食事内容	留意事項

栄養食事相談に関する事項

入院時栄養食事指導の必要性 ☐ なし ☐ あり (内容	実施予定日: 月 日
栄養食事相談の必要性 ☐ なし ☐ あり (内容	実施予定日: 月 日
退院時の指導の必要性 ☐ なし ☐ あり (内容	実施予定日: 月 日

備考

栄養指導のポイントに記載

再発・重症化予防の観点で、患者・家族に説明する際の表現で記載。

その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項

栄養状態の評価の時期 実施予定日: 月 日

退院時及び終了時の総合評価

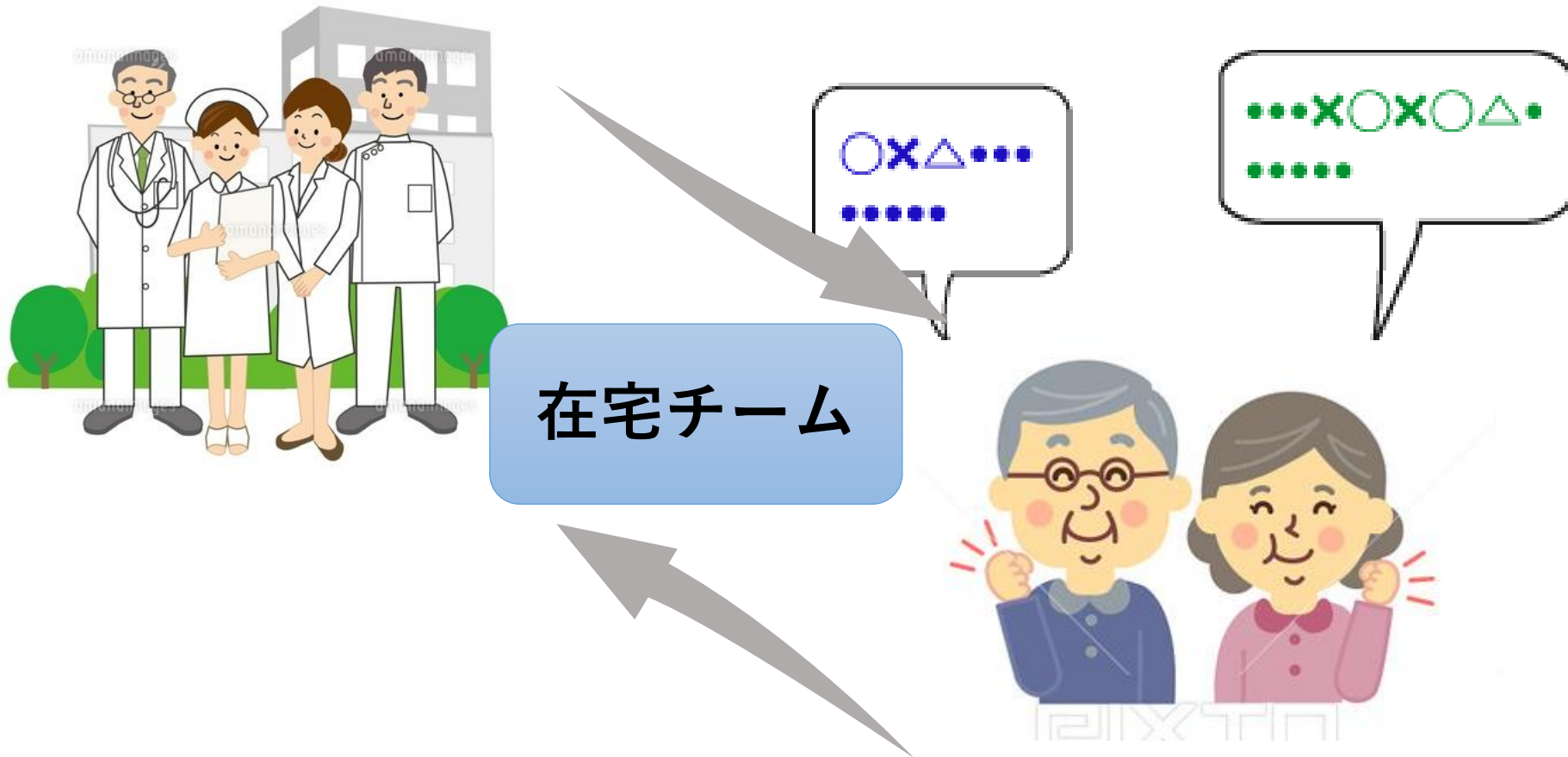
栄養指導のポイントに記載

※「退院時のプランにつき、退院後は主治医に相談のうえ食事内容をご検討ください。」を記載

※在宅での観察事項（留意点）については、別添「疾患に係る栄養上の課題」を参照

参考：公益社団法人 日本栄養士会

在宅チームは病院と在宅との架け橋



病院－患者

Aさん

201号室の患者

85歳 男

腎不全、心臓疾患

病状の改善(キュア)

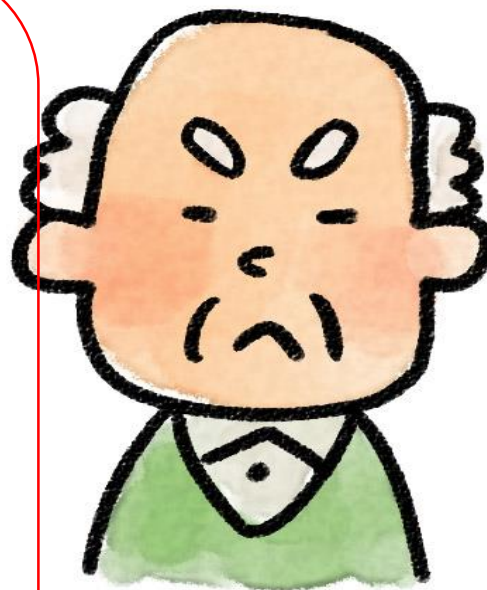


同一病院スタッフ

できるだけ早急に退院

24時間管理体制

院内カンファレンス



退院時カンファ
シームレスな連携

在宅－生活人

Aさん

夫、父、祖父、妻と2人

町内会役員

趣味の集まり会計担当

〇〇県出身

自宅で暮らしたい
生活を支える(ケア)

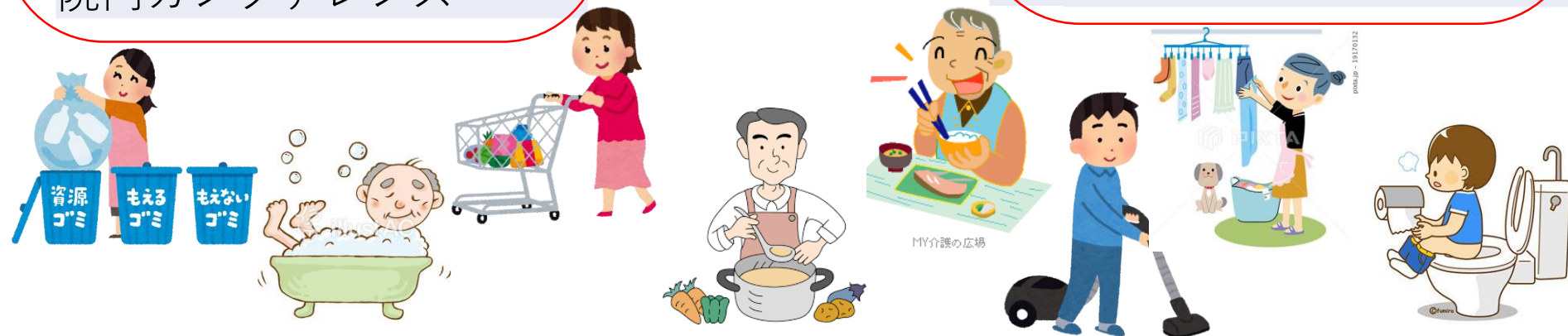


違う事業所の多職種

医療職・介護職

介入時間は各1～2時間/回

不定期の担当者会議



入院中の管理されていた食事から、
退院後は、自ら準備、作り、食べる、
後かたづけする食事への変容への支援

大変で複雑なことは長続きしない。

医療もシンプル化なら、食事もシンプルに!!

かつ、必要な栄養が取れる食支援・・・

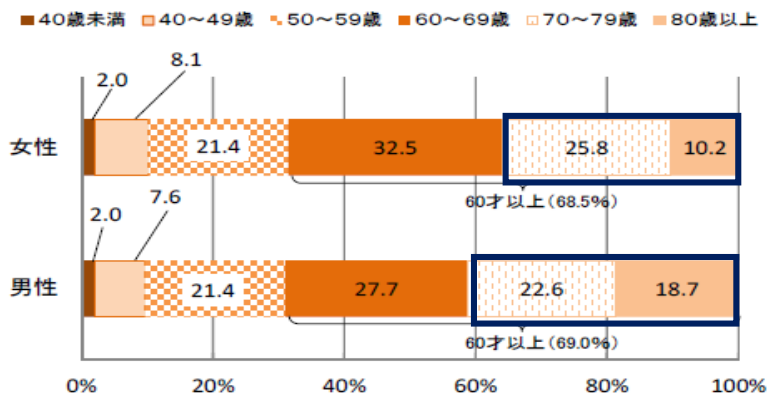
食事は生活の源であり、動く身体、治療に耐え
うる身体をつくるための源

病院と同じ食事は在宅では作れない

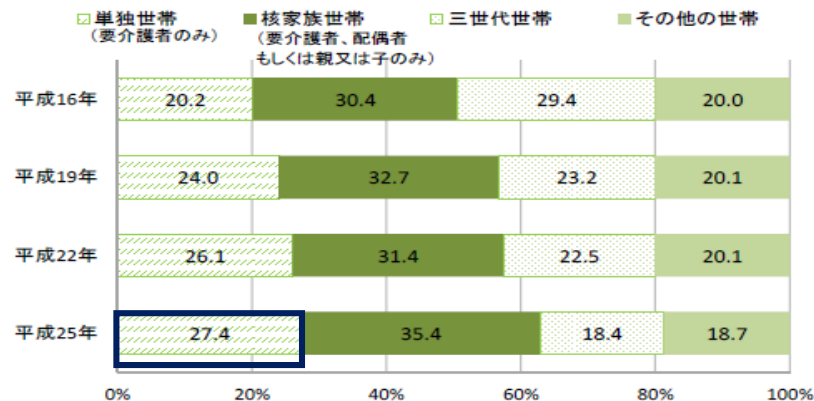
- 誰がご飯を作るのかを尋ねて欲しい
ご飯作れるのかな？と思って欲しい

主な介護をする家族の状況

- 介護をする家族の高齢化（男女ともに約7割が60歳以上）。
- 要介護者等のいる世帯のうち、要介護者のみの単独世帯の割合が平成16年の20.2%から平成25年の27.4%と1.4倍に増加。



年齢階級別にみた同居の主な介護者の構成割合



世帯構造別にみた要介護者等のいる世帯の構成割合の年次推移

老々介護・70歳以上 35～40%

独居 約30%

資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」

在宅では他の職種が食事の指導をしています



「食事量が減っています……」

「体重が減っています…」

「何を食べたら良いですか？」

なぜなら、在宅に栄養士が居ないから

こういう状況なのに、栄養士はこのままで良いの？

*** 栄養指導は独占業務ではない！**

訪問看護事業所への質問紙調査

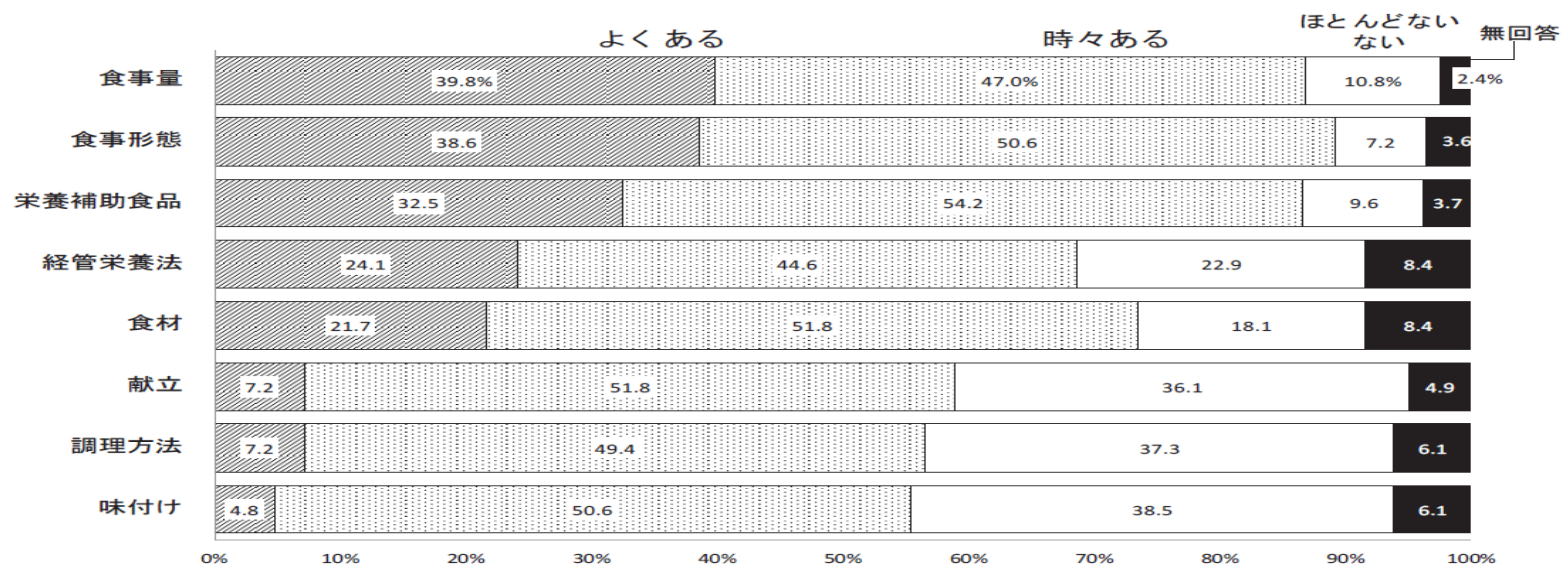
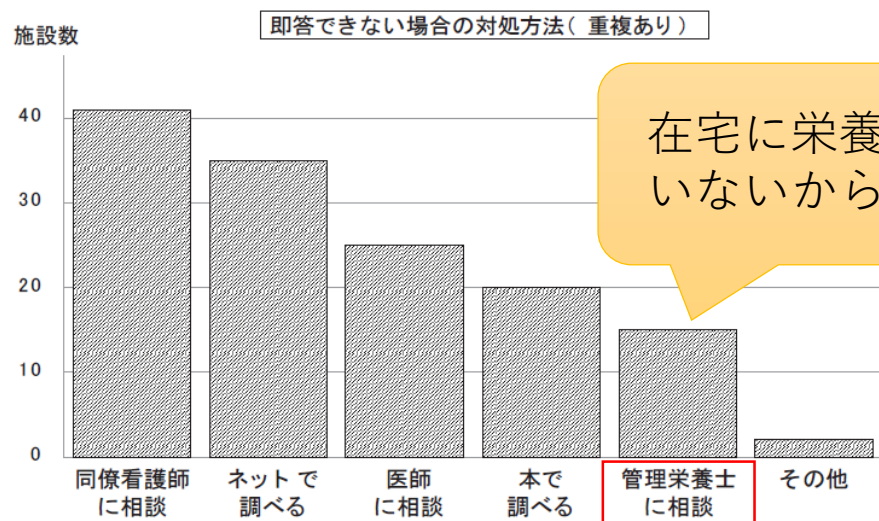


図2 利用者からの食事・栄養相談内容

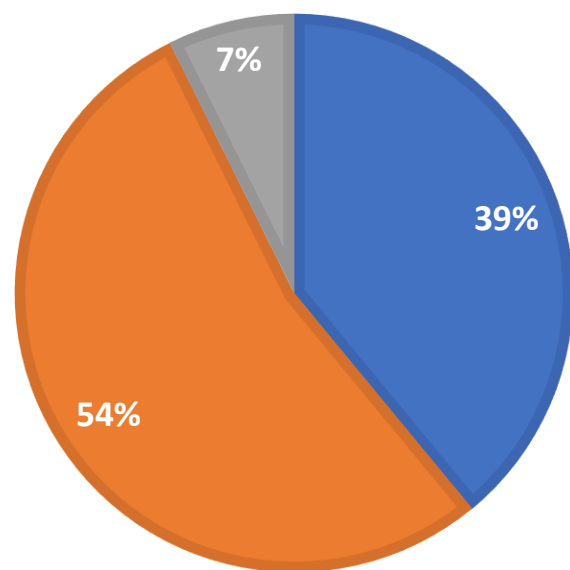


日本在宅医療連合学会誌
Vol.1 NO.1
在宅医療における食事・栄養支援の現況と課題

訪問看護事業所への質問紙調査

在宅医療における管理栄養士の必要性

■ 全くそう思う ■ まあそう思う ■ あまりそう思わない



n=82

あまりそう思わない

- ・ 利用者の生活を支えるスタンスなので
- ・ 高齢者への介入は困難と思われる
- ・ 制限や指導よりも本人の好みや食べやすさを優先させているから



指導内容が画一的で在宅では実施できない

日本在宅医療連合学会誌

Vol.1 NO.1

在宅医療における
食事・栄養支援の現況と課題

フレイル防止の対策 ～配食・共食～

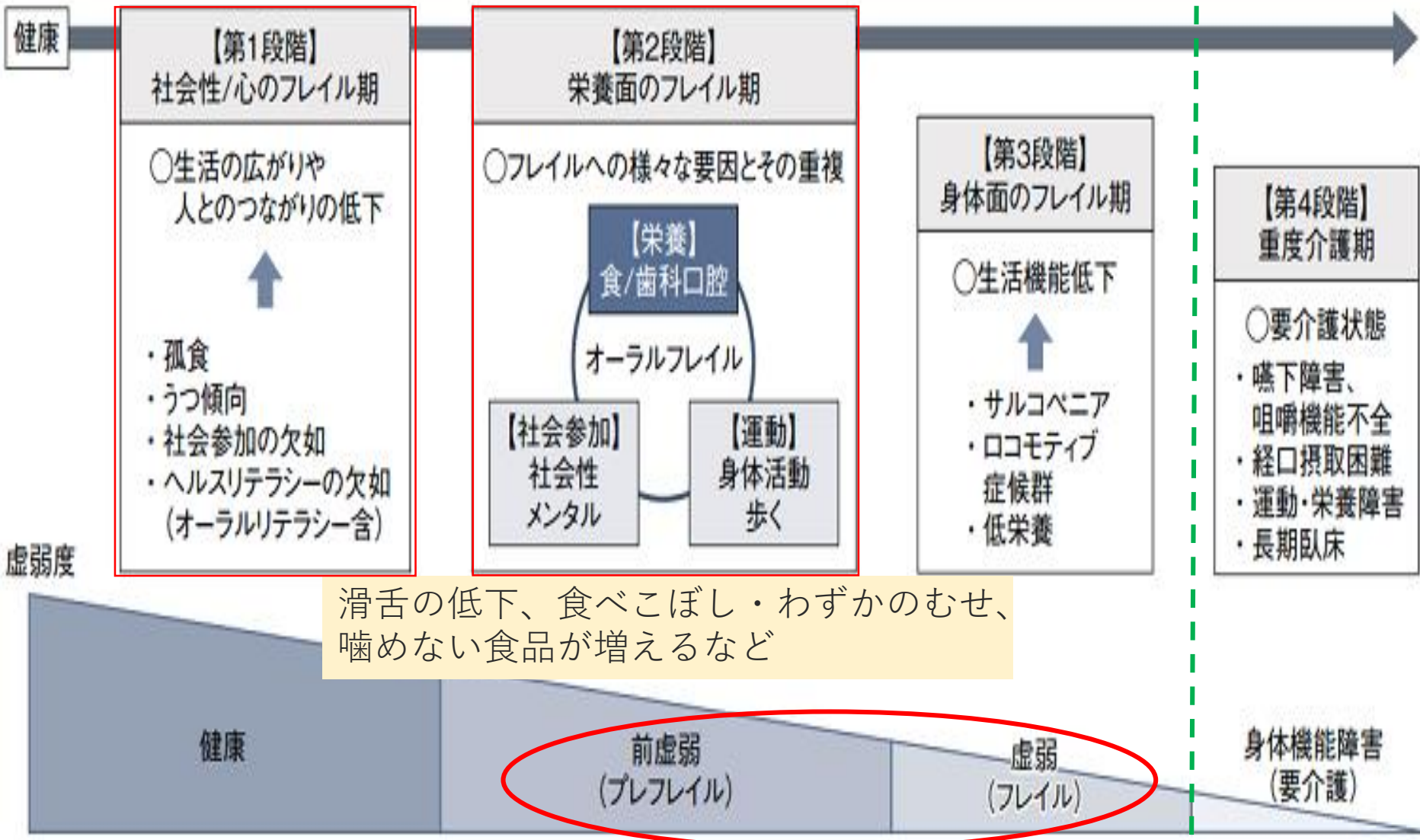


図3：栄養（食/歯科口腔）からみたフレイル化 ～フレイル（虚弱）の主要因とその重複に対する早期の気づきへ～

東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝矢 厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業） 虚弱・サルコペニアモデルを踏まえた高齢者食生活支援の枠組みと包括的介護予防プログラムの考案および検証を目的とした調査研究 （H26年度報告書）栄養管理ステーションもぐもぐ大阪

健康寿命延伸プランの概要

- ①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進、②地域・保険者間の格差の解消に向け、「自然に健康になれる環境づくり」や「行動変容を促す仕掛け」など「新たな手法」も活用し、以下3分野を中心に取組を推進。
→2040年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し（2016年比）、**75歳以上**とすることを旨とする。
2040年の具体的な目標（男性：75.14歳以上 女性：77.79歳以上）

①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

②地域・保険者間の格差の解消

自然に健康になれる環境づくり

健康な食事や運動
ができる環境

居場所づくりや社会参加

行動変容を促す仕掛け

行動経済学の活用

インセンティブ

I 次世代を含めたすべての人の 健やかな生活習慣形成等

II 疾病予防・重症化予防

III 介護予防・フレイル対策、 認知症予防

- ◆ 栄養サミット2020 を契機とした食環境づくり(産学官連携プロジェクト本部の設置、食塩摂取量の減少(8g以下))
- ◆ ナッジ等を活用した自然に健康になれる環境づくり(2022年度までに健康づくりに取り組む企業・団体を7,000に)
- ◆ 子育て世代包括支援センター設置促進(2020年度末までに全国展開)
- ◆ 妊娠前・妊産婦の健康づくり（長期的に増加・横ばい傾向の全出生数中の低出生体重児の割合の減少）
- ◆ PHRの活用促進(検討会を設置し、2020年度早期に本人に提供する情報の範囲や形式について方向性を整理)
- ◆ 女性の健康づくり支援の包括的実施(今年度中に健康支援教育プログラムを策定) 等

- ◆ ナッジ等を活用した健診・検診受診勧奨(がんの年齢調整死亡率低下、2023年度までに特定健診実施率70%以上等を目指す)
- ◆ リキッドバイオプシー等のがん検査の研究・開発(がんの早期発見による年齢調整死亡率低下を目指す)
- ◆ 慢性腎臓病診療連携体制の全国展開(2028年度までに年間新規透析患者3.5万人以下)
- ◆ 保険者インセンティブの強化(本年夏を目途に保険者努力支援制度の見直し案のとりまとめ)
- ◆ 医学的管理と運動プログラム等の一体的提供(今年度中に運動施設での標準的プログラム策定)
- ◆ 生活保護受給者への健康管理支援事業(2021年1月までに全自治体において実施)
- ◆ 歯周病等の対策の強化（60歳代における咀嚼良好者の割合を2022年度までに80%以上） 等

- ◆ 「通いの場」の更なる拡充（2020年度末までに介護予防に資する通いの場への参加率を6%に）
- ◆ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施(2024年度までに全市区町村で展開)
- ◆ 介護報酬上のインセンティブ措置の強化(2020年度中に介護給付費分科会で結論を得る)
- ◆ 健康支援型配食サービスの推進等(2022年度までに25%の市区町村で展開等)
- ◆ 「共生」・「予防」を柱とした認知症施策(本年6月目途に認知症施策の新たな方向性をとりまとめ予定)
- ◆ 認知症対策のための官民連携実証事業(認知機能低下抑制のための技術等の評価指標の確立) 等

地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理に関するガイドライン

目次

- 第 1 趣旨
- 第 2 用語の定義
- 第 3 適用の範囲
- 第 4 地域高齢者の特性と配食に係る課題
- 第 5 地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理
 - 1 商品管理
 - 2 利用者の状況把握等
 - 3 利用者等に対する、配食を活用した健康管理支援等

別紙 1 高齢者（65 歳以上）の栄養摂取状況（平成 26 年国民健康・栄養調査特別集計）

別紙 2 配食注文時のアセスメント及び継続時のフォローアップにおける確認項目例

配食注文時のアセスメント及び継続時のフォローアップにおける確認項目例

【必須項目】

	確認項目	具体的確認事項	注文時	継続時 初回（注文後 数週間以内）	継続時 * 年に 1～2 回 程度 **
基本情報	居住形態	☐ 単身 ☐ 高齢者夫婦世帯 ☐ 高齢者世帯 ☐ その他（ ）	○		△
	要介護（要支援）認定	☐ なし ☐ 申請中 ☐ あり（申請したが引該当、要支援・要介護（ ））	○		○
	日常生活動作（ADL）、手段的日常生活動作（IADL）	☐ 自力 ☐ 部分介助が必要 ☐ 全介助が必要 ☐ その他（ ） （内容：（参考）食事、車椅子・ベッド間の移乗、整容動作、トイレ動作、入浴、水平面の歩行・車椅子の移動、階段昇降、更衣動作、排便コントロール、排尿コントロール） ☐ 自力 ☐ 部分介助が必要 ☐ 全介助が必要 ☐ その他（ ） （内容：（参考）電話、買物、食事の準備、家事、洗濯、移送の形式、自分の服薬管理、財産取扱い能力）	○		△
身体状況・健康状況	身長、体重（過去 6 か月の体重変化を含む。）、BMI	身長（ cm）、体重（ kg） BMI（ ）→ BMI20以下（該当、非該当） 6 か月間で 2～3 kg 以上の体重減少があった： ☐ なし ☐ あり	○		○ 過去 6 か月の体重変化のみでも可
	主な疾患、食事療法の要否・内容・程度、服薬状況	主な既往疾患： ☐ なし ☐ あり（ 年前）	○		○
		通院（療科医院も含む）： ☐ なし ☐ あり（ ）	○		○
		医師・管理栄養士等による食事療法の指示： ☐ なし ☐ あり（具体的内容： ）	○		○
		食物アレルギー： ☐ なし ☐ あり（食品名： ）	○		△
		服薬： ☐ なし ☐ あり（内容及び頻度： ）	○		○
	摂食嚥下機能（咀嚼、嚥・嚥嚥等の状態を含む。）	半年前に比べて固いものが食べにくくなった： ☐ はい ☐ いいえ 口の渇きが気になる： ☐ はい ☐ いいえ お茶や汁物等でむせることがある： ☐ はい ☐ いいえ	○	○ 食形態の適合性のみ	○
食に関する状況	食欲の程度、食事回数、量（継続時は配食の摂取量も確認）	食欲： ☐ 全くない ☐ ない ☐ ひとつだけ ☐ ある ☐ とてもある	○	○	○
		食事回数：（ 回/日）、外食頻度（ 回/週）、中食（総菜・弁当等）頻度（ 回/週）			
		量（継続時は配食の摂取量も）： ☐ ほとんど食べられない ☐ 3 分の 1 は食べる ☐ 半分は食べる ☐ 8 割程度は食べる ☐ 完食する			
	食品摂取の多様性	主食・主菜・副菜を組み合わせた食事の回数：（ 回/日）	○		○
	買物・調理の状況	買物や食事の準備上の支援： ☐ 支援なし ☐ 支援はないが困難 ☐ 支援あり 困難又は支援がある場合の内容（ ）	○		△
		調理関連で可能な行為： ☐ 火気調理 ☐ 電子レンジの使用 ☐ 食材や食器等の洗浄			

【推奨項目】

	確認項目	具体的確認事項	注文時	継続時 初回（注文後 数週間以内）	継続時 * 年に 1～2 回 程度 **
	社会参加の状況（外出頻度、閉じこもり傾向等）	週に 1 回以上は外出している： ☐ はい ☐ いいえ	○		△
		昨年と比べて外出の回数が減っている： ☐ はい ☐ いいえ			
		就業又は何らかの地域活動をしている： ☐ はい ☐ いいえ			
	孤食・共食、ソーシャルサポートの状況	一緒に食べる人：（朝） ☐ あり ☐ なし （昼） ☐ あり ☐ なし （夕） ☐ あり ☐ なし	○		△
		回り事や心配事があるとき、家族を含めた周りの人からサポートを受けることができる： ☐ はい ☐ いいえ			
	主観的な健康感	健康だと思う： ☐ 全くそう思わない ☐ そう思わない ☐ 何ともいえない ☐ そう思う ☐ とてもそう思う	○		○

※ 自事業者の配食をおおむね週当たり 2 食以上かつ 6 か月以上継続して利用している者について実施

○：全ての利用者について実施、△：利用者によっては 2 回に 1 回程度でも可

注：利用者の身体状況等に応じてフォローアップの項目、頻度を設定する

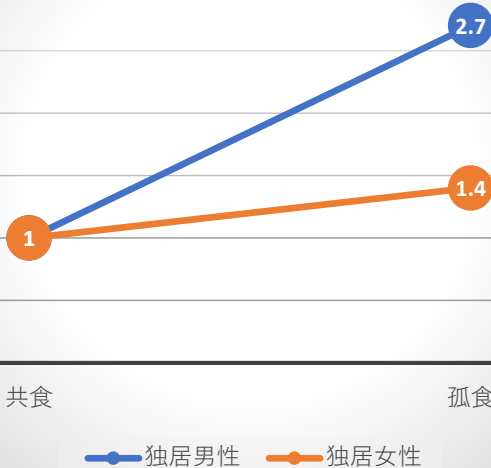
2018 年 1 月作成

～食事は楽しく食べましょう～
一人で食べるより（孤食）
みんなと食べる（共食）
食事量が増えます！

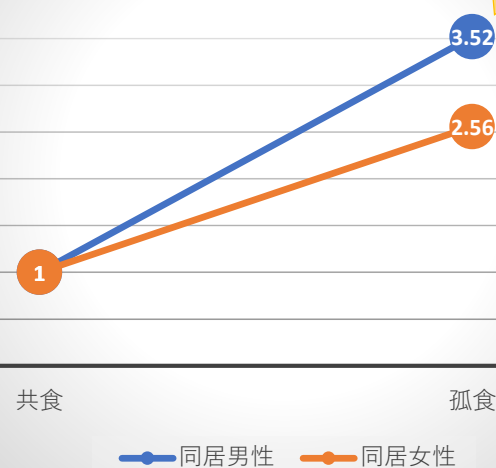


孤食による健康への影響

うつ発生率



欠食率



家族は同居
だが孤食

孤食：ひとりで食事をとること
共食：誰かと一緒に食事をとること

独居：ひとり暮らし
同居：誰かと暮らしいる

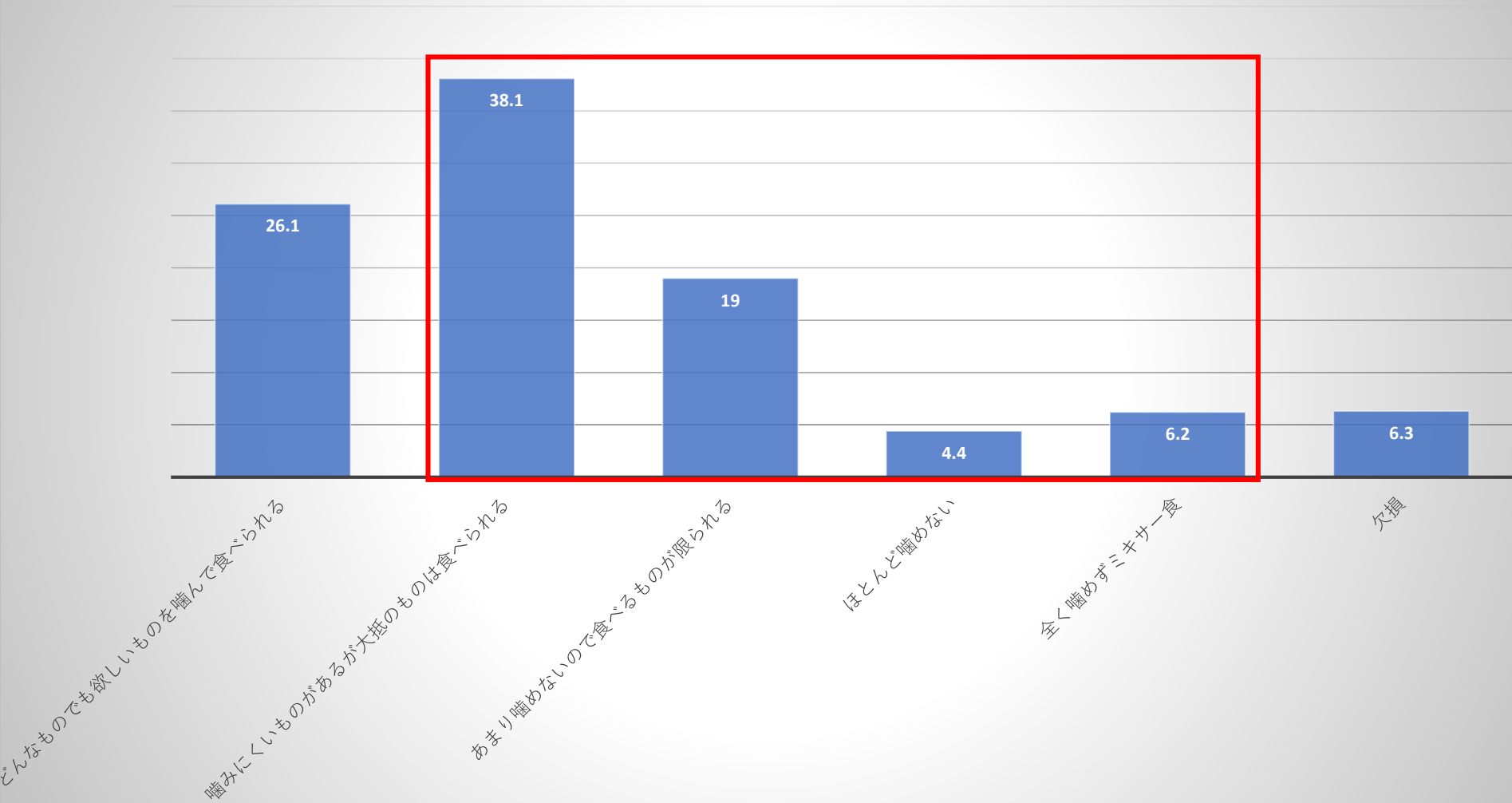
出典：1) JAGES プレスリリース No:061-15-06

2) 谷友香子, 近藤克則, 近藤尚己. 日本人高齢者の孤食と食行動および Body Mass Index との関連: JAGES (日本老年学的評価研究) の分析結果. 厚生労働省. 62 (13), 9-15, 2015



吉田貞夫編著：高齢者を低栄養にしない20のアプローチ
水島美保 誰かがいないと食べてくれない・・・でも在宅。どうやって支える？

要支援・介護者の嚥む力の低下 67.6%



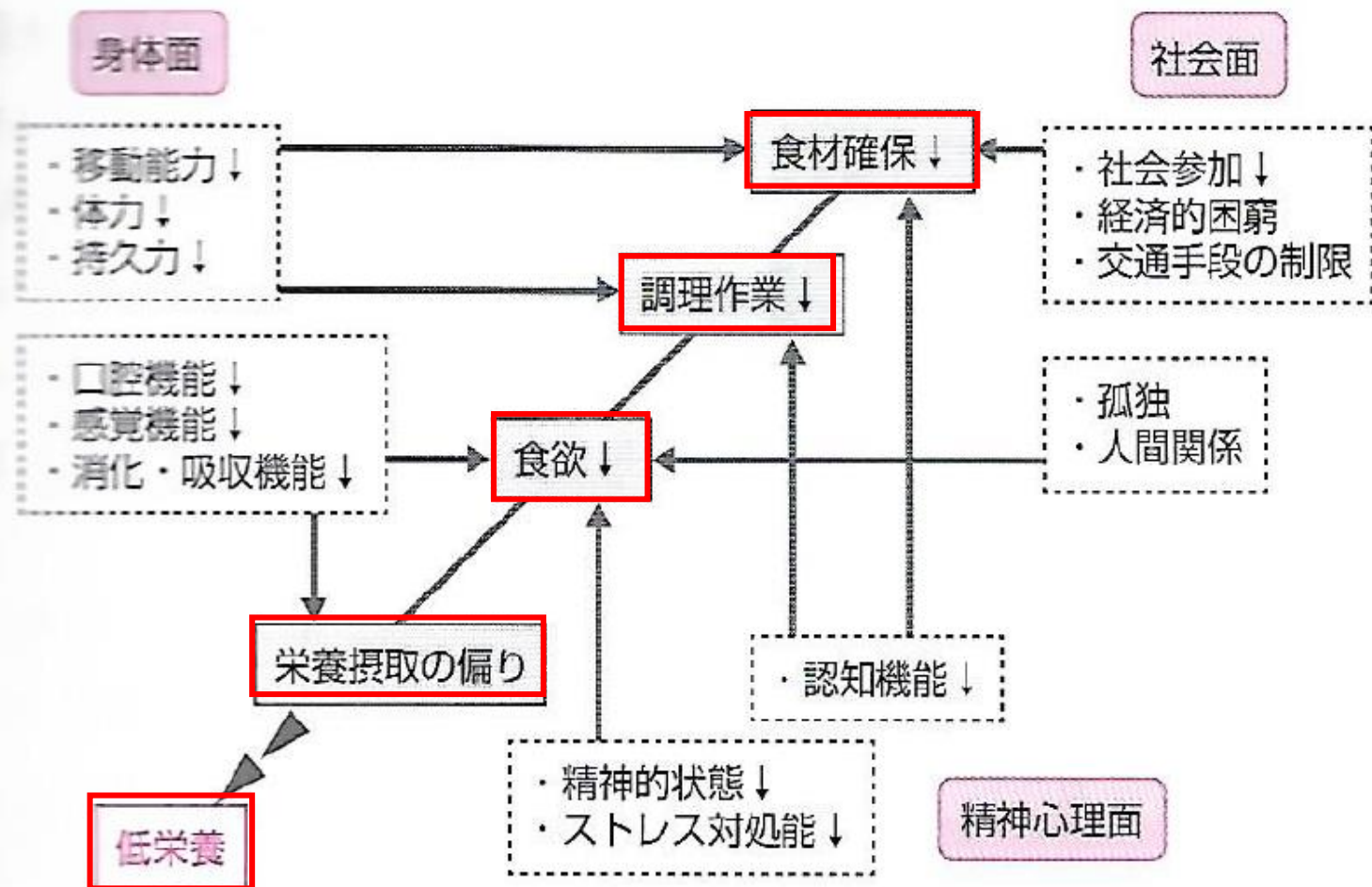
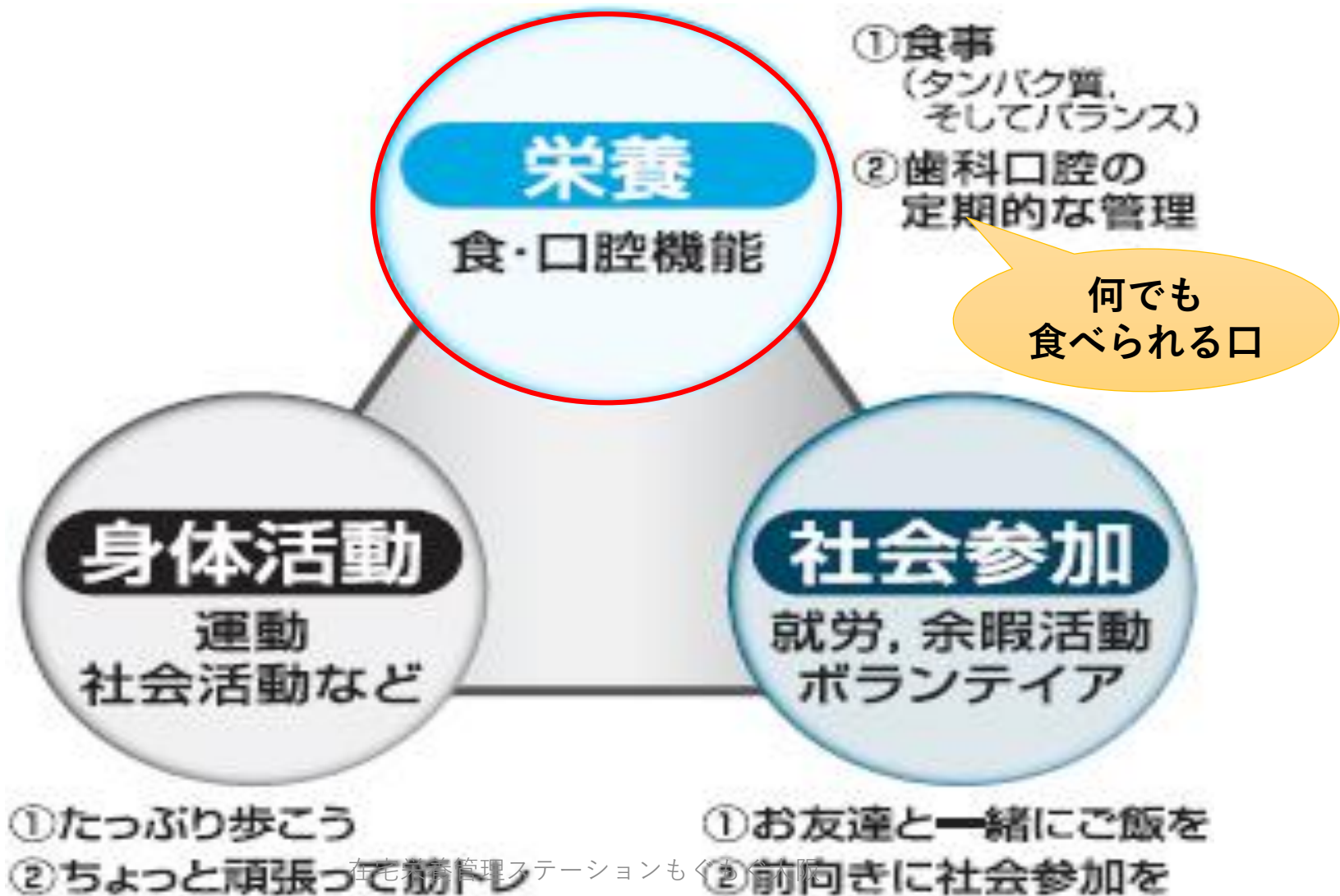


図1 フレイルの多面的要素と食行動の関係

(木下かほり. フレイルのみかた: 中外医学社; 2018. p.64³⁾ より)

フレイル予防－ 3つの柱



栄養士の新しい動き

地域で



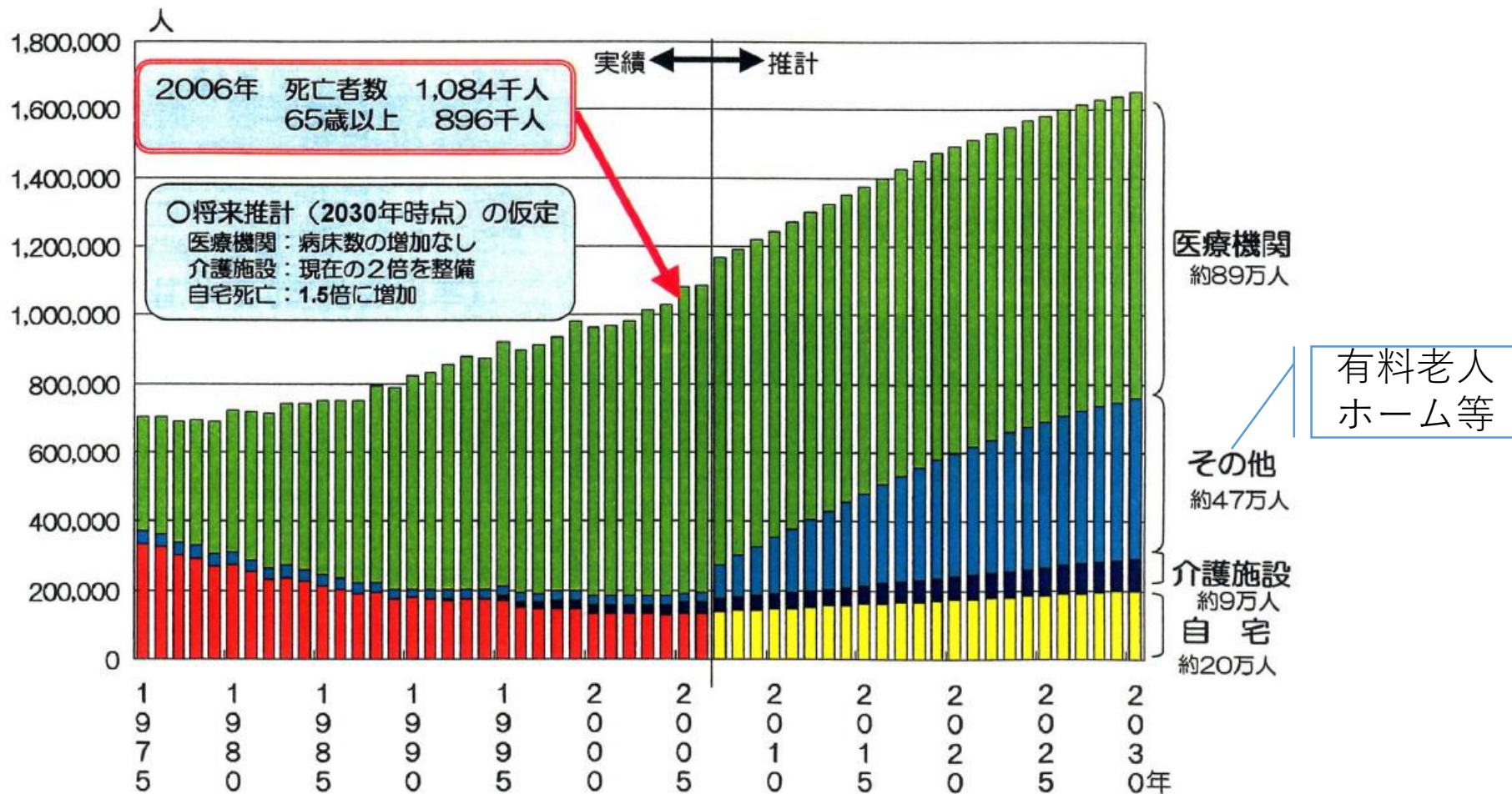
出来る事から始めませんか？

(2) 60歳以上の人の約半数が、自宅で最期を迎えたいと考えている

60歳以上の人に、万一治る見込みがない病気になった場合、最期を迎えたい場所はどこかを聞いたところ、約半数（51.0%）の人が「自宅」と答えている。次いで、「病院・介護療養型医療施設」が31.4%となっている。

[令和元年版高齢社会白書（全体版）](#)

今後の看取りの場所



【資料】
2006年(平成18年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」
2007年(平成19年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム

自宅以外の場所に 退院	管理栄養士の必置義務
自宅	
介護老人保健施設・介護療養型医療施設	
特別養護老人ホーム	
有料老人ホーム ー介護付き・住宅型	
認知症高齢者グループホーム (29床以下ー地域密着型)	
＊小規模多機能型居宅介護 (通所・ショートステイ・泊まり)	
軽費老人ホーム(ケアハウス)	
サービス付き高齢者向け住宅	

一緒に考えましょう！



何が足りない
のかな？



何をプラスしたら
良いのかな？



10食品群チェックシート

1日のうち「1回でも食べた場合」に○をつけましょう。

	肉類 	卵 	牛乳 	油脂類 	魚介類 	大豆・大豆製品 	緑黄色野菜 	芋類 	果物 	海藻類 	○の合計
1日目 /											
2日目 /											
3日目 /											
4日目 /											
5日目 /											
6日目 /											
7日目 /											
7日間の合計											

《注意》慢性の病気があり食事療法を行っている方は主治医にご相談ください。

出典：「熊谷修 介護されたくないなら粗食はやめなさい(講談社)」から引用改変。



病院に通院し、お薬飲んでるだけですか？

**自分で出来る
運動と食事の見直すことから
始めてみましょう！**



セルフマネージメントの推進・啓発



フレイル予防

管理栄養士が
お手伝い！

令和2年2月26日（水） 14:00～17:00

＜事前質問内容＞

① 行橋高齢者相談支援センター

パーキンソン病の診断を受けた方で、食形態が水分はむせないが、固形やキザミ等のほうがむせるそうです。ペースト状の食事などを勧めるには、まだ自立度も高い方なので、どのような形態が好ましいでしょうか？

② 仲津高齢者相談支援センター

栄養バランスのとれた補助食品として、市販のメイバランスが知られており、判定会議でもよく話題になりますが、逆にどんな状態の方にはメイバランスが悪いのか教えて下さい。

例えば、糖尿病、腎機能の悪い方

③ 仲津高齢者相談支援センター

BMI の低い方(18.5 未満など)に栄養指導をする時、効果的な体重増加の具体的な方法を教えてください。

④ 長峽高齢者相談支援センター

栄養を補給する場合、経済的に余裕のない人は何を食べればよいですか？

—第8回— The Japan Home Nutrition Management Society
日本在宅栄養管理学会学術集会



在宅医療・介護で支える
～食・暮らし・地域～

2020年 9月19日(土) (12:00 受付開始) 13:00～ ▶ 20日(日) 9:00～16:00

ホテルアウィーナ大阪

〒543-0031 大阪府大阪市天王寺区石ケ辻町19-12

会長

渡邊 和子・水島 美保

関西中国四国ブロック長 九州沖縄ブロック長

一般演題受付

2020年 2月10日(月)～5月31日(日)

事前参加登録

2020年 2月10日(月)～6月19日(金)

参加費

正会員・賛助会員 (事前登録)	9,000 円
(当日参加)	12,000 円
非会員 (当日参加)	15,000 円
学生	1,000 円
懇親会会費 (参加定員 100 名)	8,000 円

実行委員長

井戸 由美子・石井 妙子

単位更新のセミナー

在宅訪問管理栄養士フォローアップセミナー【更新単位 1 単位】
9月19日(土) 9:30～12:30 別途参加費 2,000円

ナイトイベントセミナー【更新単位 0.5 単位】

9月19日(土) 17:00～18:00 別途参加費 1,000円

▶ 詳細は HP にて随時更新 <http://jhnms-congre.jp>



お問い合わせ

一般社団法人 日本在宅栄養管理学会 事務局 学際企画株式会社

〒171-0031 東京都豊島区目白2-5-24 第二平ビル TEL:03-3981-7281 (代) URL: <http://www.houeiken.jp>

共催 (予定)

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

E-mail: houeiken@gakusai.co.jp

在宅栄養管理ステーション
もぐもぐ大阪