

はじめに

国では少子・高齢・人口減少という社会構造のもと、「地域包括ケアシステム」の体制整備が急ピッチで進められようとしています。

このような社会的な要請を受けて、(公社)新潟県栄養士会では平成24年度から国および県の助成のもとで在宅訪問栄養食事指導に着手して参りました。

在宅医療現場では、独居世帯や高齢者世帯の増加傾向が著しく、介護力が低下し、自分の食事を作ることが年齢と共に難しくなり、特に男性介護者では、食事づくりが負担になっている現状があります。

事業開始当初の新潟県栄養士会における管理栄養士にとって、生活の場に暮らす高齢者やその家族への食事指導は新しい分野であり経験も浅く、したがって、地域住民を始め多職種への周知活動と並行して人材育成事業が重要な柱となりました。在宅訪問では、その人の食事や間食はもちろん、口腔内の問題、家族構成や経済状況などの生活環境を把握し、問題点を拾いあげ、改善プランを提案いたしますが、在宅療養者と、その家族の意向を大切にし、多職種と連携して進めるよう心掛けてまいりました。

このたび、新潟県栄養士会におけるこれまでの7年間の栄養ケアの歩みを大きく5つの分野に分けて、実践集としてまとめるに至りました。

1つ目は、モデル事業として進められて来た訪問栄養食事指導とかかりつけ医の指示のもとに実施した在宅訪問栄養指導事例を取り上げました。

2つ目は、市町村からの委託事業のCKD対策として実施した栄養改善事業です。

3つ目は、新潟県後期高齢者医療広域連合からの委託事業のフレイル予防対策として実施した在宅訪問栄養食事相談事業についてです。

4つ目は新潟県および地域包括ケア支援専門職協議会による地域ケア個別会議の取組を掲載し、そこに、5つ目の行政栄養士の在宅栄養ケアの取り組みを加えて1冊にまとめました。

今、管理栄養士に求められるのは、本人とその家族の意向を最優先にし、どのような療養生活を送りたいと願っているのか、その想いにより添った専門職としての責任を果たすことにあります。

今回作成した実践集に取り上げている具体的な事例を参考にし、更なる訪問栄養食事指導活動の飛躍につながることを願っております。

最後に、本実践集の作成にあたり、ご尽力をいただいた関連機関ならびに多職種の皆さま、執筆者の皆さまと新潟県栄養士会会員の皆さま方に厚くお礼申し上げます。

平成31年3月

(公社)新潟県栄養士会 会長 入山 八江

平成30年度 在宅訪問栄養食事指導実践集作成の目的

在宅医療（栄養）推進事業の一環として、過去6年間の訪問栄養ケア活動における実施計画ならびに具体的な症例を分野別にまとめた実践集を作成し、次に続く事業推進後継者ならびに在宅訪問関係者への啓蒙普及活動の参考資料とすることを旨とする。

併せて、新潟県栄養士会によるフレイル対策、CKD対策、地域ケア個別会議の概要を併記し栄養ケア活動の全体を網羅することにより、今後の在宅医療（栄養）推進事業の充実に役立てる。

執筆者

ジャンル	執筆者氏名		事例および内容
はじめの言葉	入山 八江		
在宅訪問 栄養食事指導	牧野 令子		全体的な概要と経緯
	星野 ハツ子		事例No.1（透析）
	高橋 友美		事例No.2（糖尿病）
	瀬下 美奈子		事例No.3（終末期）
	川村 美和子		事例No.4（嚥下困難）
	牧野 令子		事例No.5、No.6（終末期）
CKD 対策	村山 稔子	新潟市支部	全体的な概要・経緯
	川村 美和子		事例No.7
	牧野 令子		事例No.8
	松田 トミ子	長岡支部	全体的な概要・経緯
	中村 シゲミ		
フレイル対策	折居 千恵子		全体的な概要・経緯 事例No.9
	藤田 恵美子		
地域ケア 個別会議	伊藤 知子		全体的な概要・経緯
	長谷川 美代		
	西野 真弓		
	斉藤 幸子		
地域包括ケアシステムの 推進について	磯部 澄枝		南魚沼地域における地域包括ケアシステムの推進に向けた取り組みと行政栄養士の役割
編集委員	稲村 雪子		
	折居 千恵子		
	牧野 令子		
	川村 美和子		

目次

はじめに	1
平成30年度在宅訪問栄養食事指導実践集作成の目的	2
I 在宅訪問栄養食事指導	
1. 在宅医療（栄養）推進事業の概要	6
2. 新潟県補助事業によるモデル訪問事例・かかりつけ医との契約による訪問事例	
事例No1 透析でカリウム値が高い方が、妻の積極的な協力により改善につながった事例	11
事例No2 不規則な食生活から肥満になり、糖尿病を発症した事例	13
事例No3 好き嫌いが多く、食に興味を示さない低栄養状態から改善された事例	15
事例No4 嚥下障害から低栄養となり、妻の積極的な介入で体重増加がみられた事例	17
事例No5 人生の最後の時間を自分の家で過ごしたい	19
事例No6 何とか最後まで経口摂取により、穏やかな在宅療養を夫婦二人で精一杯、悔いなく送りたい	21
II CKD対策	
1. 新潟市支部（新潟市からの委託事業）	
平成30年度 新潟市糖尿病性腎症重症化予防プログラムにおける活動	24
事例No7 福島からの転居によるストレスから悪化した糖尿病を改善した事例、主治医向け保健指導報告書	27
事例No8 一人暮らしでも野菜を食べて食塩を減らすことが出来た事例、主治医向け保健指導報告書	29
2. 長岡支部（長岡市よりの委託事業）	
1. 平成30年度 CKD・糖尿病性腎症等栄養指導報告書	31
2. 指導結果報告書	34
3. 栄養相談確認書	35
III 在宅訪問栄養食事相談事業（新潟県後期高齢者医療広域連合からの委託事業）	
1. 後期高齢者の在宅訪問栄養食事相談事業	38
2. アセスメント表	40
3. 質問項目	42
事例No9 子どもと二人暮らしの70代女性のフレイル予防の事例、在宅訪問栄養食事相談事業 実施報告書	44
IV 介護予防のための地域ケア個別会議	
1. 介護予防のための地域ケア個別会議について	48
2. 地域ケア個別会議に参加して感じた事、気付いた点	51
3. 簡易栄養状態評価表	52
4. フレイル予防のための食事チェックシート	53
5. 管理栄養士としての助言のポイント	54
6. アセスメント指標	56
7. 料理及び食品のたんぱく質量	57
V 南魚沼地域における地域包括システムの 推進に向けた取り組みと行政栄養士の役割について	60
VI 資料	66
1. 在宅訪問栄養食事指導 資料	
2. CKD対策 資料	
3. 在宅訪問栄養食事相談 資料	

I 在宅訪問栄養食事指導

I 在宅訪問栄養食事指導

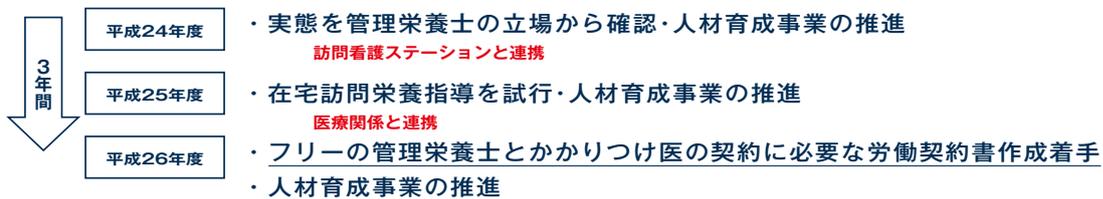
1. 在宅医療（栄養）推進事業の概要

新潟県栄養士会では「急増する高齢者の在宅療養における疾病の重症化予防とQOLの維持・向上を図るために、個々の在宅療養者に寄り添った効果的な栄養食事指導を保険適用により実践すること」を事業目的として平成24年度から国及び新潟県の補助のもとで、在宅訪問栄養ケア活動をすすめてきた。平成30年度・事業推進7年目にあたり、この実践症例集の作成を計画した。本編では平成30年度実施のモデル訪問指導とかかりつけ医との契約による訪問指導の中から選んだ症例を掲載した。

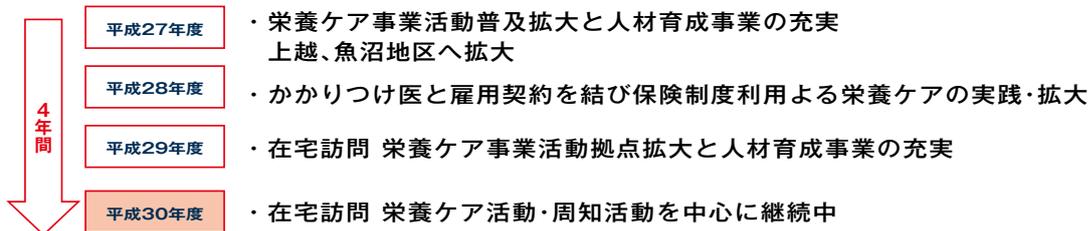
これまでの本事業の概要と事業経過は以下の通りである。

新潟県栄養士会・在宅栄養ケア推進活動7年間の概要

在宅栄養ケア活動支援整備事業・国の補助事業



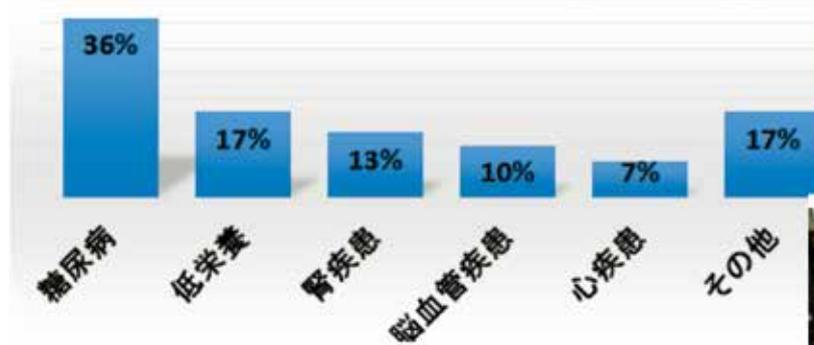
在宅医療（栄養）推進事業・県の補助事業



対象者の主な疾患

6年間のまとめ n=133

1人の対象者に1~4回・訪問



1人の対象者に1~4回訪問実施



モデル事業・栄養ケア活動実施状況

7年間の累計 訪問指導実数181人 訪問指導延べ件数438件

H24年度・6地区・計37人

H26年度・新潟地区・計8人

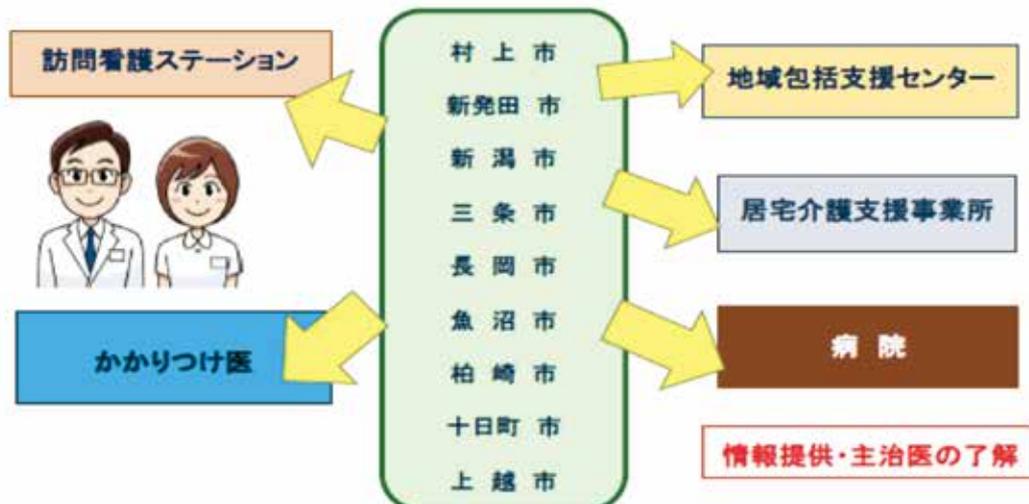
H28年度・5地区・計15人

H30年度・9地区・計48人

H25年度・7地区・計43人

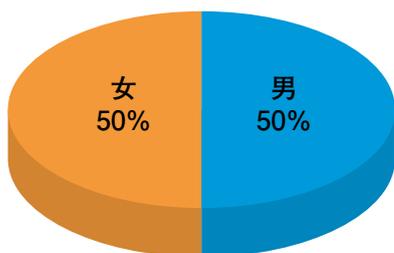
H27年度・6地区・計16人

H29年度・5地区・計14人



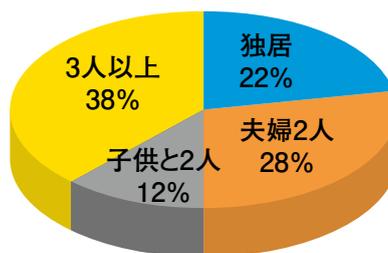
モデル事業の訪問対象者の基本情報 (6年間のまとめ)

男女比

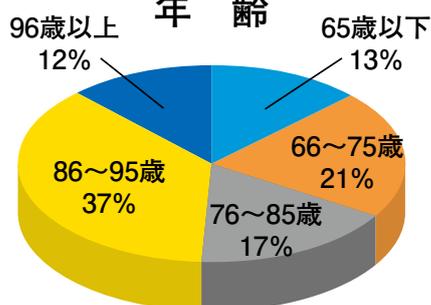


家族状況

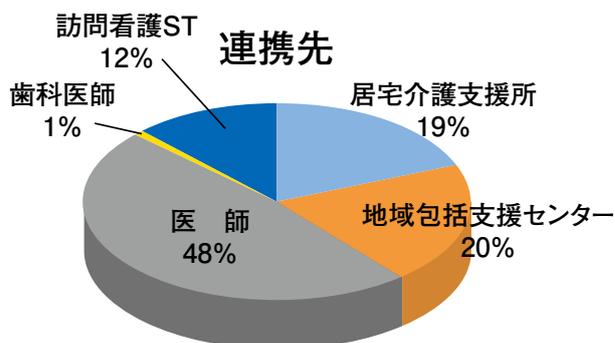
n=133



年齢



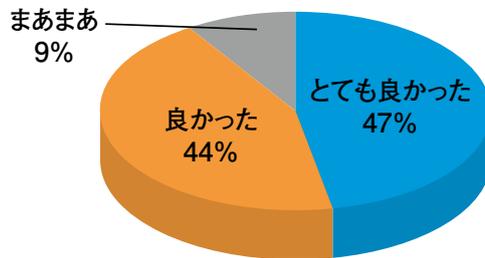
連携先



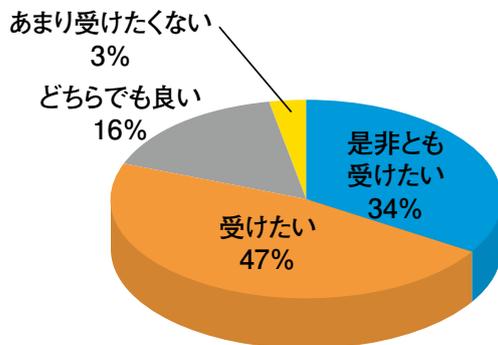
対象者の評価

n=133

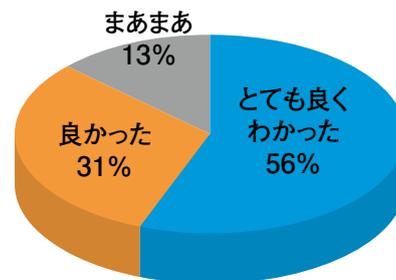
訪問栄養指導を受けて



栄養士の訪問を受けたいか？

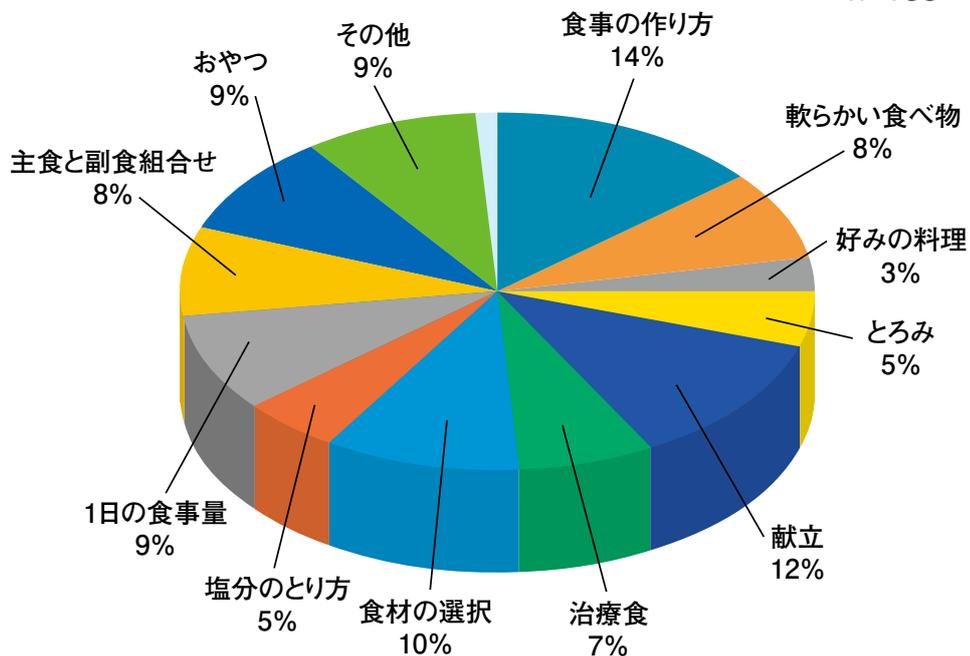


栄養士の話はわかったか？



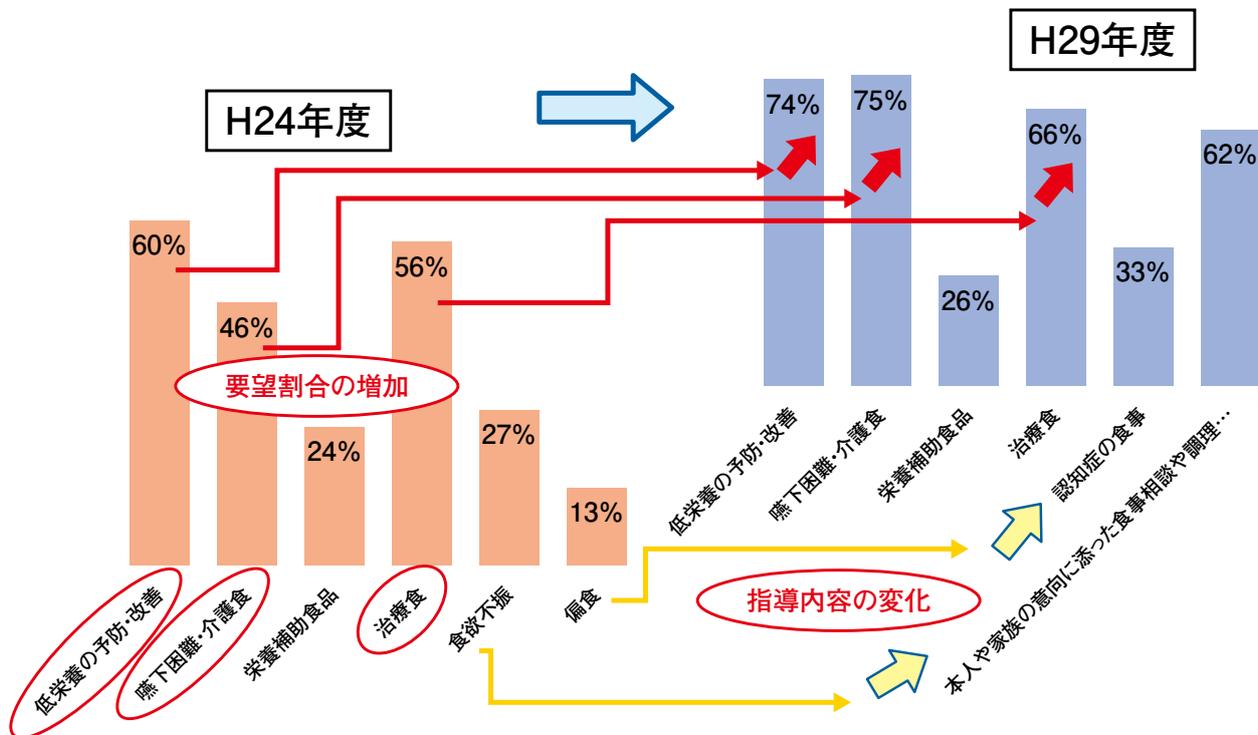
どんなところがよかったか

n=133

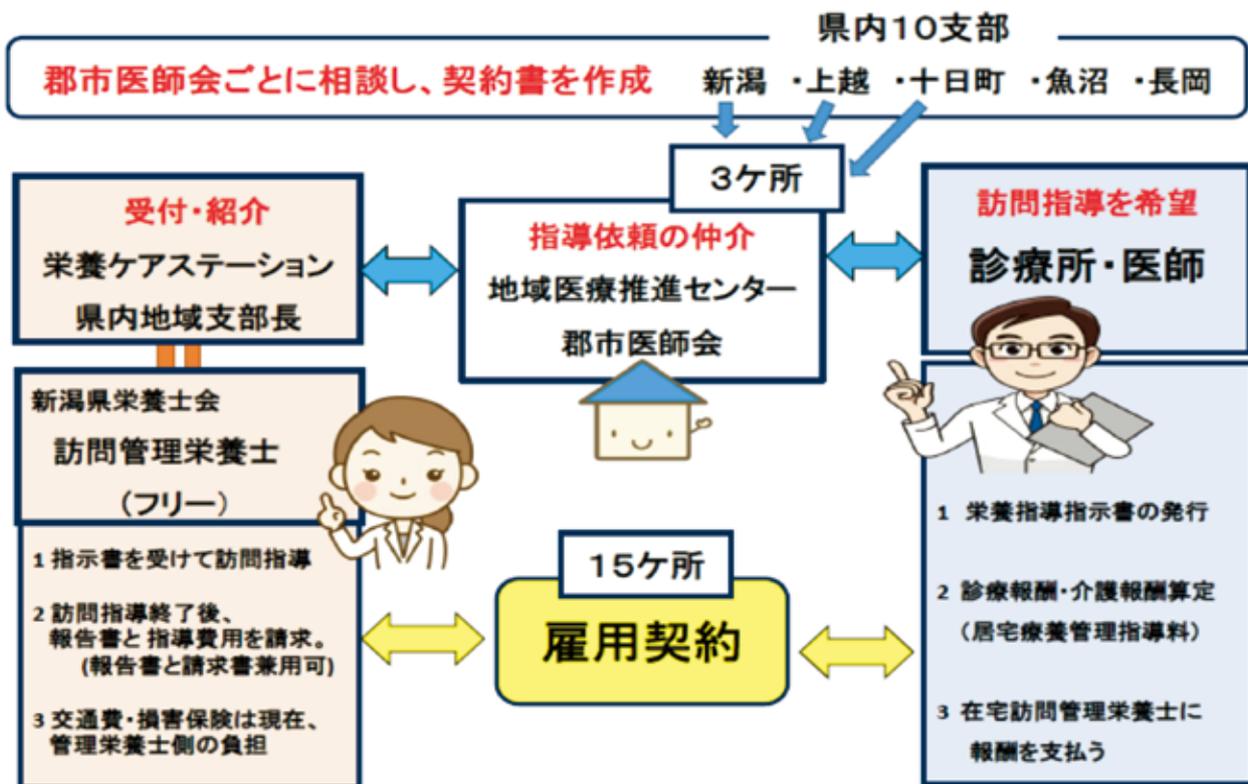


訪問栄養食事指導ニーズ 6年間の変化

「期待される訪問栄養食事指導項目」



新潟県栄養士会オリジナル・雇用契約書の作成



I 在宅訪問栄養食事指導

H.30新潟県の地区別訪問管理栄養士登録数と拠点整備状況 (新潟県各地域で登録した管理栄養士数=81名)

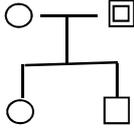


新潟県栄養士会は、今後も2025年に向けて在宅訪問栄養指導を恒常的に実施することを目標に、在宅支援チームの一員として多職種連携のカンファレンスに積極的に参加して食のスペシャリストとしての役割を明確にし、対象者に寄り添った栄養ケア活動を積み重ねながら在宅療養者とその家族から信頼される管理栄養士を目指して参ります。



2. 新潟県補助事業による モデル訪問事例・かかりつけ医との契約による訪問事例

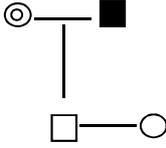
No.1 透析でカリウム値が高い方が、妻の積極的な協力により改善につながった事例

本人情報	I・Sさん	性別	男・女	年齢	69歳
依頼内容	透析をされており、カリウム値、GA値が高い状態にあり、妻は何をどれだけ食べさせて良いかわからず、訪問栄養食事指導を希望される。				
訪問期間（回数）	8月～10月（3回）				
主訴	人工透析の方で、カリウム値・GA値が高値の状態にある。	【家族状況】  キーパーソン（妻）			
病名	糖尿病、慢性腎臓病（人工透析）				
既往歴	糖尿病に、腎臓病を発症し透析となる。透析中に脳梗塞発症				
服薬内容	インスリン注射、降圧剤	指示事項 血清カリウム値、GA値上昇傾向にあり、家族が食事指導を希望。			
検査結果	カリウム値：7.25mEq/L（7月） 7.32mEq/L（8月） GA値：28.0%（7月）、32.1%（8月） CTR:54.6%、アルブミン値：2.8g/dl				
連携先	W内科医院 〇〇居宅支援事業所				
身体計測	身長159.5cm、体重66.1kg、BMI 26.4kg/m ² 、ドライウエイト63kg				
日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度（J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2）				
	認知症高齢者の日常生活自立度（なし・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M）				
介護認定状況	自立・申請中・（要支援1・2）（要介護1・2・3・4・5）				
ADL	左片麻痺（上下肢）、歩行⇒不可（車いす）、着衣・入浴⇒不可 食事⇒自立（食べこぼしがあり、見守りが必要）				
IADL	言語障害あり、服薬管理・金銭管理・調理・買物⇒不可				
口腔状態（咀嚼・嚥下）	咀嚼はやや不良であるが、嚥下は問題ない。流涎あり				
栄養アセスメント					
栄養補給方法	経口摂取				
食事摂取状況	朝・昼・夕…ご飯130g、おかず3～4品（好物芋類料理が多い） みそ汁1回/日、果物・牛乳…1回/日、おやつ…少量 デイサービス（3回/W）…ご飯150g、おかず、おやつ（菓子果物）				
栄養摂取量	（1日）1,700～1,800kcal、たんぱく質40～50g、塩分6g以上、水分（飲み水）700ml				
目標栄養量（必要）	制限食⇒1,600kcal、たんぱく質40g、塩分6g、水分（飲み水）600ml				
栄養素等充足率	エネルギー112.5%、たんぱく質125%、塩分100%、水分（飲み水）110%				
本人の課題	食欲があり、外出して美味しいものを食べるのが楽しみであること等から、適正食事摂取量より、食べ過ぎることが多い。				

I 在宅訪問栄養食事指導

介護者の課題	在宅で長く過ごしてもらいたい。体調不良を防ぎたいので、何をどれだけ（量）どのように調理して食べさせて良いかわからない。
疾病の課題	食事療法が生かされず、カリウム値、血糖値・GA値が高い。水分量制限するも体重が増えやすい。
栄養評価	たんぱく質制限により、アルブミン値（2.9mg/dl）と低栄養である。
栄養ケアの目標 （短期目標） （長期目標）	（長）食事療法でカリウム値、GA値の安定を図り、在宅生活が継続できる。 （短）食事療法の調理方法など具体的な指導 ①透析食（制限：カリウム・たんぱく質・塩分・水分、体重の増加防止）②糖尿病食（エネルギー制限）
具体的な 栄養改善サービス	透析食について ・「カリウム」を減らす為の調理の工夫・野菜や生果物を食べる時の工夫やカリウム値の高い食品の注意（デイサービス：果物缶詰） ・「たんぱく質40g」→魚・肉・卵・豆腐など家族の1/2量とする。 ・「塩分6g」→みそ汁1/2杯/日、漬物なし、麺類は極力減らす ・「水分600ml」→ペットボトルに一日量を準備すること、足りない時は「氷」を食することを提案（デイサービス:200ml） ・体重を計測（目標体重65kg）→透析時（3回/W）、デイサービス（3回/W） ・主食・芋類・おやつの量を定める
訪問栄養食事指導 の経過	・カリウム値は、1ヶ月後基準値内（8月7.32mEq/L⇒9月5.46mEq/L）となる。 ・魚・肉・卵・豆腐など家族の1/2では満足されない様子。 ・塩分制限は実施できている。水分の量は、在宅とデイサービスの水分量の調整を行う。（在宅400ml→350ml、デイサービス200ml→250ml） ・体重は増えている。（65kg→65.5kg、ドライウエイト63kg→63.5kg） ・エネルギー制限するも、血糖値GA値が高い状況続く （血糖値）9月260mg/dl・10月211mg/dl（GA値）9月32.1%・10月33.1%
この事例を振り返って気づいた点 や改善点	食事療法を理解して頂き、奥様が積極的に実践されたことにより、カリウム値は改善できましたが、血糖コントロールにおいては今後の課題です。また、3回訪問時ケアマネが同席され、2回目はデイサービス相談員同席にて「サービス担当者会議」が開催され、多職種との連携ができたことも良い結果に繋がった。

No.2 不規則な食生活から肥満になり、糖尿病を発症した事例

本人情報	K.Oさん	性別	男・女	年齢	87歳
依頼内容	体重を少しでも減らしたい。糖尿病をこれ以上悪化させたくないと相談依頼				
訪問期間（回数）	30年12月（1回）				
主訴	糖尿病を悪化させたくない	【家族状況】  キーパーソン：嫁			
病名	肥満・高血圧 糖尿病				
既往歴	両足膝関節症・高血圧・脂質異常症・糖尿病				
服薬内容	降圧剤	指示事項 少しでも体重を減らして、膝の負担を軽くする。			
検査結果	HbA1c 6.5%~6.7% 血圧は安定				
連携先	H内科医院				
身体計測	身長151.5cm 体重72kg BMI 31.3kg/m ²				
日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度（J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2）				
	認知症高齢者の日常生活自立度（なし・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ）				
介護認定状況	自立・申請中・（要支援1・2）（要介護1・2・3・4・5）				
ADL	自立・杖2本で歩行				
IADL	調理⇒掴まりながら可、買い物⇒不可、掃除⇒不可				
口腔状態（咀嚼・嚥下）	自立				
栄養アセスメント					
栄養補給方法	経口摂取				
食事摂取状況	朝食（ご飯100g、納豆、夕食の残り物）昼食（食べたり食べなかったり。麺類が多い）夕食（主食なし。おかずのみ）間食多い。				
栄養摂取量	食事～1200kcal、間食～450kcal=1650kcal摂取				
目標栄養量（必要）	1400kcal、たんぱく質60g、水分1500ml				
栄養素等充足率	エネルギー117%				
本人の課題	早食いで不規則な食生活のため、空腹時に間食や果物を食べている。膝の痛みがあり動く事は殆どない。主食を食べると太ると思っている。				
介護者の課題	自営業のため、日中は1人。電話は手の届く所に置いてあるが、転倒した時などの緊急時に、すぐに療養者のところに行けない。				
疾病の課題	動かず、食べる事にしか興味がいかず、体重が増えている。				

I 在宅訪問栄養食事指導

栄養評価	経口摂取量 P：問題 経口摂取量過剰 E：病因 糖尿病や肥満に対する知識不足 S：徴候／症状 体重1kg増／月
栄養ケアの目標 (短期目標) (長期目標)	(長) 3食、規則正しい食事をし、食べすぎない (短) ゆっくり食べ、体重を減らす
具体的な 栄養改善サービス	①糖尿病の食事の具体的な指導 ・バランスのとれた食事、高血圧予防の具体的な指導 ②現状の食事量の説明と提示を行い、改善点を指摘 ・ゆっくりとよく噛んで食べる ・間食・果物を減らす ③体重を意識し、毎日体重を計る。
訪問栄養食事指導 の経過	①間食や果物を少しずつ減らす ②昼食を毎日食べる ③漬物など塩辛い物は控える
この事例を振り返って気づいた点 や改善点	12月から1月の1ヶ月で1kgの体重減となる。 出来る事から食生活を少しずつ変えていく(ゆっくり食べるなど)ことによって、体重が減り、身体が軽くなる喜びを自身が感じることで、改善につながった。

No.3 好き嫌いが多く、食に興味を示さない低栄養状態から改善された事例

本人情報	Yさん	性別	男・ 女	年齢	90歳
依頼内容	数年前より食欲不振による貧血で入院を繰り返していた。食事摂取量が減少したので介入し、低栄養の改善を希望				
訪問期間（回数）	平成30年2月～継続中（13回）				
主訴	食欲がない。遠方に住む嫁から手作り総菜が送ってくるが、食べられずに捨ててしまうことがある。	【家族状況】			
病名	低栄養状態、貧血	県外在住 キーパーソン （嫁）			
既往歴	前頭側頭型認知症 甲状腺機能低下症				
服薬内容		指示事項 アルブミン値低値。好き嫌い多いので本人に低栄養改善のための食事指導をお願いしたい。			
検査結果	Alb2.9g/dl				
連携先	Y医院				
身体計測	身長140cm 体重37.7kg BMI 19.2kg/m ²				
日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度（J1・J2・A1・A2・ B1 ・B2・C1・C2）				
	認知症高齢者の日常生活自立度（なし・I・II a・ II b ・III a・III b・IV・V）				
介護認定状況	自立・申請中・（要支援1・2）（要介護1・ 2 ・3・4・5）				
ADL	移乗・異動＝自立、歩行は長距離困難、排泄＝自立、食事＝好き嫌い多い				
IADL	調理・買い物・金銭管理＝不可				
口腔状態（咀嚼・嚥下）	問題なし				
栄養アセスメント					
栄養補給方法	経口摂取				
食事摂取状況	朝：おかゆ、味噌汁 昼おかゆ、おひたし 夕おかゆ、納豆				
栄養摂取量	500kcal たんぱく質20g				
目標栄養量（必要）	1200kcal たんぱく質50g				
栄養素等充足率	エネルギー：40% たんぱく質：40%				
本人の課題	好き嫌いが多く、食に興味を示さない				
介護者の課題	家族は遠方暮らし。住宅型有料老人ホームに入居しているが、食事管理は本人任せとなっている。				
疾病の課題	食欲不振による貧血や低ナトリウム血症での入院歴が複数回あり。				

I 在宅訪問栄養食事指導

栄養評価	P：経口摂取量不足 E：好き嫌いあり、食への興味うすい S：アルブミン低値、食欲不振による入院複数回あり。
栄養ケアの目標 (短期目標) (長期目標)	(長) 生まれ育った地で、入院せずに安心した生活を送る。 (短) ①毎食、肉・魚・卵・大豆類のどれかを食べる。②何が食べたいか、栄養士が訪問するたび相談する。③体重測定で体重の増減を確認する。
具体的な 栄養改善サービス	①本人の嗜好を確認しながらタンパク質をとるように指導。紙に書いてわかる所に貼る。施設職員にも確認してもらう。 ②施設職員に週1回買い物頼むので、食べたいものを栄養士と考える。嫁から定期的に送られる手作り総菜も好き嫌いを伝え、食べたいものを送ってもらうように支援 ③体重の増減を本人と確認する。
訪問栄養食事指導 の経過	嫁からの総菜は電子レンジで温め、食べれるものは食べ、食べれないものは嫁に伝えるようにしてもらった。今まで本人が嫁に気を使って言えなかった。 毎食納豆又は卵を食べるようになった。 牛乳が好きとのことで、職員に購入してもらうようになり、毎日1本(200ml)飲むようになった。 体重37.7kg→41.7kg(9か月で4kg増)
この事例を振り返って気づいた点 や改善点	食事に好き嫌いあるものの、総菜を送ってくれる嫁や世話をしてくれる職員に気を使い、食べていたふりをしていた。 栄養士が介入することで、食事に対する不満を言ってくれ、嫁や職員にも気持ちを素直に伝えることができた。 今では、嫁と定期的に電話で食べたいもの等伝えている。

No.4 嚥下障害から低栄養となり、妻の積極的な介入で体重増加がみられた事例

本人情報	H.Tさん	性別	男・女	年齢	84歳
依頼内容	多発性脳梗塞による嚥下障害により十分な栄養がとれず、ここ2ヶ月ほどで3kgの体重減少あり。低栄養の改善希望。				
訪問期間(回数)	1月～4月(4回)				
主訴	食欲低下して、ムセ多く、たくさん食べられない。	【家族状況】 ○ — □ キーパーソン (嫁)			
病名	ビンスワンガー型脳梗塞 腰部脊柱管狭窄症				
既往歴	左変形性膝関節症による歩行困難に腰部打撲による下肢対麻痺あり、MRIにて現病名診断				
服薬内容	降圧剤、抗血小板薬	指示事項 以前より食事にムセがあったが12月中旬より食べられなく、食形態の調整(レベル3)をお願いしたい。			
検査結果	Alb3.7g/dl, Hb13.5g/dl(10/17)				
連携先	H内科医院				
身体計測	身長165cm 体重53kg BMI 19.5kg/m ²				
日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度 (J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2)				
	認知症高齢者の日常生活自立度 (なし)・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・V)				
介護認定状況	自立・申請中・(要支援1・2)(要介護1・2・3・4・5)				
ADL	寝返り⇒不可、歩行⇒不可、着衣⇒全介助、入浴⇒全介助、食事⇒全介助				
IADL	調理⇒不可、買い物⇒不可、服薬状況⇒不可、掃除⇒不可、金銭管理⇒不可				
口腔状態(咀嚼・嚥下)	咀嚼は特に問題ないが、嚥下時に誤嚥あり、液体はトロミ必要				
栄養アセスメント					
栄養補給方法	経口摂取				
食事摂取状況	11時400kcal、たんぱく質 20g 17時400kcal、たんぱく質 20g 22時200kcal、たんぱく質 5g 朝・昼は粥・おかず4品・プリン 夕食はおじやのみ				
栄養摂取量	1日栄養摂取量 1000kcal、たんぱく質45g、水分600ml				
目標栄養量(必要)	1264kcal、たんぱく質59.9g、水分1590ml				
栄養素等充足率	エネルギー:79.1% たんぱく質:75.1% 水分:37.7%				
本人の課題	食事は全介助であるが、ムセこむこと多く、量的に多く食べられない 食事時間が長い。				
介護者の課題	調理に関しては料亭を経営していることもあり、食材には困らないが 食形態がわからなく、食事時間が長くかかり大変である。				

I 在宅訪問栄養食事指導

疾病の課題	多発性脳梗塞による嚥下障害により十分な栄養がとれず、低栄養となり、体重減少がみられる
栄養評価	P：問題 経口摂取量不足 E：病因 嚥下障害に関する知識不足 S：徴候／症状 体重3kg減／月
栄養ケアの目標 (短期目標) (長期目標)	(長) 美味しく食事をして体重を増やし、安心して自宅で生活する (短) ①食形態を統一し、姿勢を守り、食事量を増やす ②自分にあった食事量を理解する ③体重計測をし、体重増の確認
具体的な 栄養改善サービス	①・食形態の調整と調理の配慮（油の摂取を増やす）の具体的な指導 ・食べる姿勢の保持・食べる速さの調整 ②・現状の食事量の説明と提示を行い、改善点を指摘 （栄養補助食品付加と間食内容の改善）⇒エネルギーとたんぱく質の摂取を増やす ・介護負担の軽減の為、ジャーポット使用した粥作り提案 ・夜食が軽い（時間的余裕なし）⇒おじや＋栄養補助食品付加 ③・体重を意識し、エネルギーになりそうな食べやすい食品を心掛ける
訪問栄養食事指導 の経過	①・栄養士がレベル3に食形態を調整する *ミキサー調理については妻の技術は的確であった。 *食材の選択については守られた *食介助の仕方～姿勢の保持→妻1人では困難で使用人の介助必要 食べる速度→介助スプーンを小さいものに変更 ②食事量のみであると不足の為、間食に栄養補助食品2個使用 *栄養補助食品は夜食時に1個と間食に1個（好んで飲む）実施 *たんぱく質強化のために間食をプリンやヨーグルトなどに変更 *水分不足顕著～毎食の水分（トロミ茶）の作り方指導 （200ml×3食、間食～市販のポカリスエットゼリー×2個） *栄養量：1300kcal, たんぱく質60g, 水分1000mlにアップ ③体重増（53kg⇒57kg, BMI 19.5kg/m ² ⇒20kg/m ² ）
この事例を振り返って気づいた点 や改善点	1月から3月の3ヶ月で4kgの体重増となり、介護者の負担増となることなく改善できた。食事量・水分量が安定し食品選択も介護者の理解により、継続できている。この事例を振り返り、経済力があつたことと、介護者である妻が積極的に提案を受け入れ、実践されたことが改善につながった。

No.5 人生の最後の時間を自分の家で過ごしたい

本人情報	E.Uさん	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	年齢	92歳
依頼内容	嚥下障害あり、食事への意欲も低下 本人の食べたがるもので家族への指導をして欲しい。				
訪問期間（回数）	2018年11月～翌年1月（3回）				
主訴	食への意欲低下・食べたくない	【家族状況】 ◎ — □			
病名	摂食・嚥下障害				
既往歴	2018/1/15 容態急変緊急入院・敗血症 ・入院前までは杖を使いながらも普通に妻と暮らしていた。	キーパーソン (娘)			
服薬内容	痰を切る薬 痙攣止めの薬 抗血液凝固剤など4種類	指示事項 エネルギー量 1,000kcal			
検査結果	Hb 9.5 g/dl アルブミン 2.1 g/dl B-カリウム 5.7mEq/L				
連携先	A胃腸器科内科				
身体計測	身長165cm 体重退院時39kg→訪問初回35kg→訪問最終41kg BMI14kg/m ² →13kg/m ² →15kg/m ²				
日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度 (J1・J2・A1・A2・B1・ <input checked="" type="radio"/> B2・C1・C2)				
	認知症高齢者の日常生活自立度 (なし・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・ <input checked="" type="radio"/> M)				
介護認定状況	自立・申請中・(要支援1・2) (要介護1・2・3・4・ <input checked="" type="radio"/> 5)				
ADL	寝たきり ランクC				
IADL	ほとんど目を閉じて、うとうとと眠っている。たまに大声を出す。				
口腔状態（咀嚼・嚥下）	軟らかい物であれば食べられるようであるが、食べる気力がなく、食べ物を見せると嫌がる。たまに好物の饅頭を1/2個ほど食べる。				
栄養アセスメント					
栄養補給方法	経鼻栄養法				
食事摂取状況	エンシュアH 3缶～4缶 1,125～1,500kcal				
栄養摂取量	その日の体調により補給量に差がある。 2回/週 和菓子1/2個				
目標栄養量（必要）	医師の指示量 1,000kcal (IBWより59.8×25=1,495kcal)				
栄養素等充足率	エネルギー112%～150%				
本人の課題	食および生きる事への意欲低下				
介護者の課題	本人、家族ともに家で過ごしたい気持ちが強く、娘が介護に当たっているが、本人の気力を呼び起こすことができず、難渋している。				

I 在宅訪問栄養食事指導

疾病の課題	栄養補給量が必要栄養量におよばず、体力がなかなか回復することが出来ないため、発熱や尿路カテーテルのトラブルが続いている。
栄養評価	経鼻栄養法により最低限の基礎代謝量程度の栄養量は確保されているが、栄養剤による膨満感が強いのか経口摂取に繋がらず、栄養量の強化は難しい状況である。胃瘻増設を医師から提案されているが、本人、家族ともに断っている。減り続けていた体重がようやく退院時にまで戻ってきてはいるが低栄養状態に変わりはない。
栄養ケアの目標 (短期目標) (長期目標)	(短期) 1カ月後の誕生日までに何とか口から食べられるようになって家族で誕生日を祝いたい。 (長期) 少しでも穏やかに経口摂取による在宅療養を送りたい。
具体的な 栄養改善サービス	① 少しでも本人の気力を呼び覚まし、口から食べることを促すが、なかなか経口摂取が難しい状況が継続。好みの和菓子・飲み物などを数種類用意するが、ほんの一口～二口程度、食べるのが精一杯で、嫌がる本人に強制は出来ない状況である。 ② 何か、少しでも食べるきっかけになるものはないか、娘と色々と相談し試みるが、食べる気力をそそることが出来ない。この夏はアイスクリームで乗り切ったと言うが、訪問時は冬の寒さが厳しく、本人に温かい茶や清まし汁やスープをすすめても、喜ばず、ほんの少し飲むだけであった。何もいらぬという。
訪問栄養食事指導 の経過	痛いところや苦しいことは無いと言い、テレビにも関心を示さず、終日、目を閉じて眠っている。食に関心を示すことはほとんどなく、訪問時に、饅頭をほんの一口ほど食べて見せるのが、それが精一杯の歓迎の表現のようで、介護にあたる娘も困っている。
この事例を振り返って気づいた点 や改善点	2回目の訪問時に、娘がすすめるエンシュアを3～4口飲んでみせ、「桶職人の仕事を、頭を叩かれながら覚え、父と一緒に一生懸命、この家で働いたこと。長生きしても、友達が皆亡くなって、良いことは無いこと」などを語る。決して楽な体調ではないのに愚痴も言わず、痰が喉に絡まる以外は荒い息づかいで目を閉じたまま横たわっているE.Uさんに、かける言葉は見つからず、ただ、布団に乗っている職人の手が、大きくて美しいと思うだけなのです。

No.6 何とか最後まで経口摂取により、穏やかな在宅療養を夫婦二人で精一杯、悔いなく送りたい

本人情報	S.Aさん	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年齢	83歳
依頼内容	嚥下障害はあるが、なんとかして経口から食べてもらう方針なので家族の相談にのり、調理法の指導をして欲しい。				
訪問期間（回数）	11月～翌年2月（3回）				
主訴	退院時に指導を受けた介護食を食べたがらず、調理担当の妻が困っている。	【家族状況】 <input checked="" type="radio"/> — <input type="checkbox"/>			
病名	摂食嚥下関連のみ：脳血管障害 認知症	キーパーソン（妻）			
既往歴	2018/08/20～09/12 摂食嚥下評価目的のため入院（ゼリー食 トロミの粘度はマヨネーズ状：高粘度ミキサー粥）				
服薬内容	気管支収縮抑制剤など4種類の飲み薬と湿布薬、塗り薬を3種類	指示事項 1,200Kcal ゼリー食			
検査結果	アルブミン 3.3g/dl FBS 133mg/dl B-NT-proBNP 383PG/ML (心不全検査)				
連携先	A 消化器内科				
身体計測	身長169cm 体重46.8kg→48.0kg BMI 16.3→16.8kg/m ²				
日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度（J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・ <input checked="" type="radio"/> C2）				
	認知症高齢者の日常生活自立度（なし・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・ <input checked="" type="radio"/> V）				
介護認定状況	自立・申請中・（要支援1・2）（要介護1・2・3・4・ <input checked="" type="radio"/> 5）				
ADL	寝たきり ランクC 妻との腕相撲では勝つ力が残っている。				
IADL	本人からの発語はないが、相手の話す内容は理解できる。				
口腔状態（咀嚼・嚥下）	嚥下造影検査結果は経管栄養食であるが、本人、家族の強い希望により経口摂取・ゼリー食となった。				
栄養アセスメント					
栄養補給方法	経口摂取・ゼリー食				
食事摂取状況 栄養摂取量	1,360～1,600kcal ディサービス3回/週 ショートスティ2回/月 ディサービスなど介護施設での食事も残さぬようになった。 在宅における主食・主菜・副菜のバランスは工夫され、メイバランスを中心に宅配弁当・ヨーグルト・卵・豆腐を組み合わせ、野菜、果物も取り入れ、魚、肉も少しずつ食べるようになった。				
目標栄養量（必要）	1,200kcal				
栄養素等充足率	エネルギー充足率 113～133%				

I 在宅訪問栄養食事指導

本人の課題	発語による意思表示ができないが、医師による胃瘻造設には拒否を示し、経口摂取による栄養補給を希望している。
介護者の課題	本人の経口摂取への希望を尊重し、少しでも美味しい食事を提供して老後の充実した療養生活を二人で送りたいと考えている。
疾病の課題	終末期の療養生活を少しでも穏やかに悔いなく過ごせるよう医師を中心に多職種で本人と家族を支えていくこと。
栄養評価	介護施設を上手に組み合わせることにより食全体のバランスが安定している。今後、本人の食欲をそそるような食事作りを工夫し、少しでも美味しく夫婦で食事を楽しむことを支援していきたい。
栄養ケアの目標 (短期目標) (長期目標)	(短期)「経口摂取によりすこしでも美味しく食事を食べたい。」 (長期) 終末期に入った本人の気持ちを大切に、家族で相談のうえ、「夫と妻の二人で少しでも穏やかな療養生活を送りたい」
具体的な 栄養改善サービス	① ゼリー食の基本的な作り方（ミキサーの使い方・軟らか調理） ② トロミの付け方（トロミ剤の使い方・食材によるトロミ法） ③ 嚥下調整食のレシピの利用（パン粥、温泉卵の作り方を希望） ④ マヨネーズ、練り胡麻、ピーナツバターを少量、取り入れる。 （少量で高栄養 必須脂肪酸・脂溶性ビタミンの補給 飲み込みを滑らかに）
訪問栄養食事指導 の経過	「慣れない食形態と味に本人の食欲がわかず、食べる量が少ないことや妻が介護食の調理方法が良く分からずに困っていた。」 ① 本人の好みを良く知る妻が美味しく食べてもらえないと思うような介護食ではなく、少しでも美味しい簡単調理の工夫を相談。 ② 家で提供する食事はあまり複雑な味ではなく、素材や旬の味を生かした口当たりの良い調理をすすめ、不足がちな栄養素は栄養補助食品を効果的に利用することを提案 ③ バランス食の進めかたについて（食品の組み合わせ方について）
この事例を振り返って気づいた点 や改善点	介護に当たる妻が生活全般にわたり明るく前向きであることが大きな原動力となり、本人も安心して療養している。食事作りに余裕が出てきた妻が、食前に、ゼリー食に使われている原材料を上手に説明し、安心して食べられるよう工夫している。医師も胃瘻造設の有無について本人や家族に再確認するなど、丁寧な訪問診療を実施している。管理栄養士として、終末期にどのような対応が出来るのか、いつも迷いながら力不足を痛感し、途方に暮れることが多いのですが、訪問先で明るい表情に出会うと、救われた思いで、ほっとする。

Ⅱ CKD 対策

Ⅱ CKD 対策

平成30年度新潟市糖尿病性腎症重症化予防プログラムにおける活動

1. はじめに

新潟市では、新潟市医師会、新潟市歯科医師会、新潟市薬剤師会、新潟県栄養士会、新潟大学と連携し、糖尿病性腎症重症化予防事業に取り組んでおり、平成29年度からは、新潟県栄養士会（以下本会）が、糖尿病性腎症重症化予防のための個別栄養指導の委託を受けている。本会では、個別栄養指導における、指導媒体の作成、指導方法及び指導の評価などについて、以前、経験した「腎疾患重症化予防のための戦略研究（FROM-J）」、「腎疾患重症化予防実践事業（SOFT-J）」のマニュアルを活用し、地域の実情に合わせた栄養指導プログラムを作成している。平成30年度においても委託を受け、個別栄養指導を実施した。その実施内容を報告する。

2. 新潟市糖尿病性腎症重症化予防事業の概要

(1)目的

糖尿病性腎症が重症化するリスクの高い人に保健指導を行い、人工透析への移行を防止する。

(2)対象者

新潟市国民健康保険被保険者の平成29年度の特定健康診査の結果から、下記の①に該当し、かつ②または③に該当する人

- ①HbA1c 6.5%以上
- ②eGFR区分30以上60未満（ $\text{mL}/\text{分}/1.73\text{m}^2$ ）
- ③eGFR区分60以上90未満かつ尿蛋白（+）以上

※除外対象・がん、難病等で治療中の人

・糖尿病透析予防指導管理料の算定対象となっている人

・その他の疾患を有していて、かかりつけ医が除外すべきと判断した人

(3)保健指導実施内容

抽出した対象者に、健康教室（集団指導）および個別栄養指導の案内を送付し、保健指導を行う。保健師により、電話でも案内を行う。

①健康講座（集団指導）

医師、薬剤師、歯科医師、管理栄養士が重症化予防に関する講演を行った。

②個別栄養指導

本人およびかかりつけ医の同意があった対象者に、管理栄養士がかかりつけ医の指示に基づき、3か月に3回、個別栄養指導を実施した。会場は、自宅訪問または、区役所、保健センターで行った。

(4)事業評価

①集団指導

指導実施人数、アンケートによる評価、個別栄養指導への参加人数

②個別栄養指導

指導実施人数、生活（栄養）改善による評価、参加者の指導後の健診データ、参加者の人工透析移行者数

Ⅱ CKD 対策

(2) 個別栄養指導の媒体 (図1)

基本的な糖尿病の食事療法については、新潟県糖尿病対策推進会議と新潟県健康づくり財団が作成した「知っておきたい「糖尿病」 3)」を活用した。「腎疾患重症化予防実践事業 (SOFT-J)」の際に作成した1日の目安量を媒体に加え、新たに、惣菜、カット野菜、缶詰等、手軽に使用できる食材を取り入れた献立例の媒体を作成した。食事記録表や行動目標記入シートなども作成した。

図1 指導媒体の一例



(3) 平成30年度の実施状況

13例 男6人 女7人 平均年齢70歳

(4) 平成31年度の個別栄養指導の課題

マニュアル、指導媒体については、今後も改良が必要である。また、平成29年度、30年度と個別栄養指導実施人数が少なかったため、平成31年度は集団指導を3回(6月、8月、11月)に実施し、個別栄養指導も各3回ずつ実施する予定になった。それに合わせ、本会でも管理栄養士の体制を整え、担当する管理栄養士の育成についても検討していく必要がある。

参考文献

- 1) 日本腎臓学会, 編. 慢性腎臓病生活・食事指導マニュアル～栄養指導実践編～: 東京医学社; 2015.
- 2) Horikawa C, Murahama N, et al. Food and Nutrition Research. 2017;8:1-18
- 3) 新潟県糖尿病対策推進会, 編. 「知っておきたい「糖尿病」～優しく学ぶための第一歩」: 新潟県づくり財団; 2016. <http://www.nhf.or.jp/hp/tounyoubyou.html>

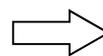
No.7 CKD・福島からの転居によるストレスから悪化した糖尿病を改善した事例

対象者	S.Sさん	性別	女性	年齢	64歳
指導日	H.30.9.26	H.30.10.31	H.30.11.27		
主病名	糖尿病、脂質異常症、高血圧				
身体所見と検査成績	身長 155.6cm, 体重 57.3kg, BMI23.7kg/m ² HbA1c 7%				
栄養評価	2年前より夫と福島県から転居して、息子さんの新居に同居し、家族2人から6人の食事作りのストレスもあり、お菓子の摂取あり。また食事全般に過食傾向であり1日摂取量は1760kcalで内容も主食に偏っており、これらが血糖コントロール不良の原因と考えられた。				
栄養計画	対象者が理解度も高く、改善意欲もあることから、1400kcalの糖尿病食の量を覚え、実行することを3ヶ月で習得することを目標に計画 ①野菜の摂り方と主食計量②3食均一にとる方法③3食の内容確認の仕方				
栄養目標	①毎食、野菜を意識してとるようにと主食を計量しましょう（1回目） ②夕食時の過食に気をつけましょう（2回目） ③毎食、主食+主菜+副菜を揃えて食べることを継続しましょう（3回目）				
栄養教育	①については主食量を表にして表示し、毎食計量するように促した。また野菜の摂取については野菜の調理法や野菜レシピを素材別に印刷し説明 ②夕食時は家族全員で食べ、過食になりがちであり、たんぱく源が2,3品と多めであるので、均一化するよう説明 ③3ヶ月目に入り、体重も減り、食事量が指示量の範囲で摂取できるようになった為、今後も継続するよう助言				
考察					
栄養管理上の問題点とその対応	本人の食事と家族のための食事が一緒であり、育ち盛りの孫のことを思うと、若い人の好きな料理と自分にとっての健康上よい料理とのギャップがあり（孫は野菜嫌い）、双方の要望をかなえる夕食は課題の1つと考えられたが、本人の為の野菜調理については電子レンジを使ったりして時短でできるメニューを提案したり、常備菜を余力のある時間に作り置きをしておき、それを利用するよう提案した。結果、家族と別メニューにすることなく、負担なく、食事の準備ができるようになった。				
今後の課題	この3ヶ月で、食事内容が1750kcal⇒1400kcalと指示量の範囲で食べることができるようになり、1.6kgの減量につながった。野菜がたくさん摂れる環境もあり、今後は地域の野菜を利用して美味しい糖尿病食を継続していくことが重要と思われる。				

II CKD 対策

新潟市糖尿病性腎症重症化予防 保健指導報告書

新潟市



医療機関

平成 年 月 日

主治医 _____ 様

新潟市保険年金課長

下記のとおり保健指導内容についてご報告します。

氏名	S.S 様	生年月日	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
----	-------	------	----------------

個別指導（栄養指導）

	課題/指導事項	本人の受け止め/目標/結果
初回面接 30年9月26日	食事全般で過食傾向です。1日3食きちんと食べられていますが、平均的でなく、各食バラツキがあり、糖質に偏っています。今回は野菜を毎食とることと主食を計量することを目標としました。	今回指摘事項である。 ① 野菜をたくさん毎食とる。 ② 主食量を覚える。の2点についてはきちんと受け止め、改善しようとする意欲がみられた。
2回目面接 30年10月31日	今回は野菜の取り方と野菜調理について指導し、野菜レシピを提示しました。また、間食である牛乳、果物を10:00、15:00にとるよう確認し、今後は継続することが肝要である旨、お話ししました。	前回指導後、野菜摂取については頑張っているようになり、3食充実してきた。空腹感もなく減量できました。今回は夕食の過食に気をつけることを目標にしました。
最終面接 30年11月27日	順調に体重が減り、食事内容も適正なエネルギー（1500～1400kcal）です。野菜も毎食とり、間食の取り方も守られています。この食事でも継続し、空腹感もないということなので、無理なく続けられると思います。	指導したことを前向きに検討され食事については改善され、ご本人もストレスなく減量し、改善ができました。
全体のまとめ	今回の3回の指導を通じ、ご本人が病気に対し、前向きに検討され、食事の改善ができました。現在の食事内容を継続することでよい結果につながると思います。	
栄養指導担当者	新潟県栄養士会 管理栄養士	

<担当>

〒951-8550 新潟市中央区学校町通1番町602番地1

新潟市役所保険年金課健康支援推進室

TEL025-226-1076（直通）・025-226-4008

E-Mail nenkin@city.niigata.lg.jp

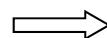
No.8 CKD・1人暮らしでも野菜を食べて食塩を減らすことが出来た事例

対象者	S.Aさん	性別	男	年齢	70歳
指導日	H30/12/18	H31/1/17	H31/2/14		
主病名	糖尿病性腎症				
身体所見と検査成績	身長 167.8cm, 体重 68.1kg, BMI 24.1kg/m ² HbA1c6.8% 血圧 123/74 mmHg				
栄養評価	1人暮らしで市販品が多く、野菜料理が少なく、塩魚、筋子、たらこが好きで食塩摂取量が多い。漬物も好きで良く購入して食べている。 概算摂取栄養量：1,752kcal たんぱく質：60.7g 塩分摂取量 15g → 11g				
栄養計画	健康管理に前向きで、栄養必要量 61.9kg × 28kcal = 1,7332 の食事量をバランス良く食べる事を提案し、食塩のとり過ぎを重点的に指導。 運動についても1日1万歩を励行しているので継続を促す。				
栄養目標	①塩魚のとり過ぎに注意し、食塩量を減らしましょう。 ②野菜料理を工夫して、毎日食べるようにしましょう。 ③週1回の外食・飲酒量（5～6合）を少しずつ減らすようにしましょう。				
栄養教育	①市販食品は食塩量を確認して購入し、漬物は控える ②野菜料理の工夫について、1日350gを目標にするよう、サラダ、炒め物、煮物、具たくさんの汁ものの調理法を提案。味付けは薄味に。 ③体重を今より増やさぬよう注意し、65～68kgでコントロールする。 ④運動は大切であるが、やり過ぎはクレアチニンの上昇につながると医師から注意を受けているので、無理をしないこと。有酸素運動を取り入れて体調を整える事を提案。				
考察					
栄養管理上の問題点とその対応	自分の健康管理に真剣に取り組み、指導により、血圧が123/74 → 118/84 mmHg 体重 68.1 → 67.1kg と変化したことから毎日の食事のとり方に対する本人の自覚を高めることが出来た。漬物を止め、野菜を食べる食習慣が継続できるようになった。しかしながら、1人暮らしの唯一の楽しみである飲酒量（5～6合に増加）が増えてきており、本人も多くなってきているが減らせないと感じていることが問題である。				
今後の課題	何事も真剣に考えて実行に移すことが出来る方ではあるが、飲酒について健康長寿につながる適量のあることを説明し、理解を深めてもらえるような指導の継続が必要である。一人暮らしの楽しみを何とか酒以外のものでも埋めることが出来ないか、本人とゆっくり相談できる仲間や話し相手など、解決策を探して行ける場の提供も大切である。				

II CKD 対策

新潟市糖尿病性腎症重症化予防 保健指導報告書

新潟市



医療機関

主治医 _____ 様

平成 年 月 日
新潟市保険年金課長

下記のとおり保健指導内容についてご報告します。

氏名	S.A 様	生年月日	昭和〇年〇月〇日
----	-------	------	----------

個別指導（栄養指導）

	課題/指導事項	本人の受け止め/目標
初回面接 30年12月18日	課題：一人暮らしで市販品が多く、野菜料理が少なく、塩魚、筋子、たらのこが好きなことから塩分摂取量が多い 指導事項：1 塩分制限の必要性和減らし方。2 糖尿病の成因とその管理法の確認	本人：健康自己管理に前向きで運動も積極的に取り入れている 目標：1 塩分の摂り過ぎに注意。 2 これまでの運動習慣を継続させる。（1日一万歩を目指す）
2回目面接 31年1月17日	経過：お正月を挟んで特に食べ過ぎることもなく、体重を1kg減量し、野菜を積極的に食べるようになった。 指導事項： 1 1日の食事の適正量を順守すること。 2 塩分の摂り過ぎの注意事項について。	本人：減量したこと、血圧測定値が123/74→118/84mmHgと前回より安定したことに安堵し、喜んでいる。HbA1c6.3%で安定 目標：1 先回の目標を継続し、健康管理に努めること。
最終面接 31年2月14日	経過：血圧は安定したが、運動のやり過ぎはクレアチニン上昇につながると医師から指摘され軽減中。漬物を止め、野菜を食べるようになった。 指導事項：1 回/週の酒の量(6合)が多いので、減らす方向で自己管理を促す。	本人：血圧が128/70前後で安定し、喜んでいる。 目標： 1 1日の食事の適正量を守り、野菜料理を工夫して毎日食べる。 2 深酒せぬように注意すること。
全体のまとめ	健康管理に前向きで、減塩や野菜料理の工夫に真剣に取り組み、血圧が安定したことにより、本人の食事に対する自覚を高めることが出来た。 運動量も「適度なゆっくり運動」のやり方について説明し、唯一の楽しみである飲酒についても、週一回であるが、適量があることを十分に理解して、自己管理に努めることをお願いした。	
指導担当者	新潟県栄養士会 管理栄養士	

<担当> 〒951-8550 新潟市中央区学校町通1番町602番地1
新潟市役所保険年金課健康支援推進室
TEL025-226-1076（直通）・025-226-4008

平成30年度 CKD・糖尿病性腎症等栄養指導報告書

(公社) 新潟県栄養士会長岡支部

長岡市の「CKD・糖尿病性腎症重症化予防」について平成27年度より委託を受け事業を行っている。CKD・糖尿病性腎症に対し、対象者が自己管理を行うために食事について理解を深め、食生活の質を高め、重症化を遅らせることを目的とし、「腎臓にやさしい料理教室」「参加者のつどい」を実施した。

1. 委託内容

目的：重症化予防

対象：市内在住で健康診査に所見のあった方
(慢性腎臓病、糖尿病、高血圧症など)

定員：各20名 年6回

内容：講話と調理実習及び個別指導

2. 平成30年度「腎臓にやさしい料理教室」及び「参加者のつどい」の実施状況

(1) 「腎臓にやさしい料理教室」開催状況

開催回数：平成30年7月～12月までの6回実施

参加者数：延べ81名(表1)

開催時間：午前10時から午後1時30分
(スタッフは9時～15時)

会 場：長岡市さいわいプラザ内
調理実習室

表1 教室参加者及び個別指導数

開催日	参加者	個別指導
7月17日	22名	13名
8月30日	15名	10名
9月15日	12名	6名
10月 4日	12名	1名
11月15日	7名	3名
12月12日	13名	8名
合 計	81名	41名

実施内容：腎臓にやさしい食事のポイントとして食事療法の効用・食事の工夫・減塩の工夫を重点に行い、自分の必要量とCKDステージの確認を行った。
個別指導：指導時間は30分とし必要に応じて訪問指導を行うことにした。



栄養士講話



ワーク



調理実習



献立例



II CKD 対策

(2) 「参加者のつどい」 開催状況

開催日：平成30年10月27日（土）

参加者数：57名

（平成27年度から30年10月までの教室参加者）

開催時間：午後1時30分～3時30分

（スタッフ11時～16時30分）

会場：長岡市さいわいプラザ

3階中ホール

医師の講話：「腎臓を元気に保つコツについて」

立川総合病院 青柳竜治先生 60分

栄養士講話：「中食・惣菜の利用と工夫」

小沼真理管理栄養士 20分

座談会：6グループにわけ、日頃疑問に思っていることやわからないこと等を医師、栄養士へ質問。おやつを食べながら参加者間の情報交換等熱のこもったグループ討議が行われた。

60分では聞き足りないところもあったが、疑問や不安が解消したと答えた方が77%、医師の講話がわかったと答えた方が88%であった。



中食・惣菜の工夫



実施内容：腎臓にやさしい食事のポイントとして食事療法の効用・食事の工夫・減塩の工夫を重点に行い、自分の必要量とCKDステージの確認を行った。

個別指導：指導時間は30分とし必要に応じて訪問指導を行うことにした。

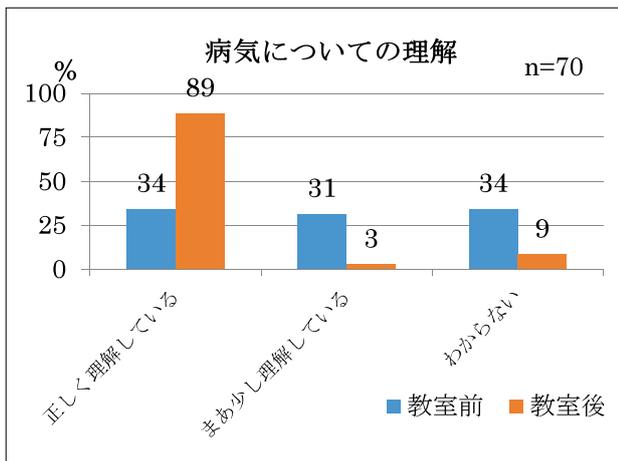


3. 結果

事業は、計画した日程、内容をもって実施することができた。参加者数は「教室及びつどい」で延べ138名だった。

教室参加者の重症度別GFRによる区分ではG1、G2が25%、G3a、G3bが62%を占め重症化予防の積極的な介入が必要であり、調理実習後個人対応を行い訪問指導や保健師による継続支援につなぐことができた。（表1）

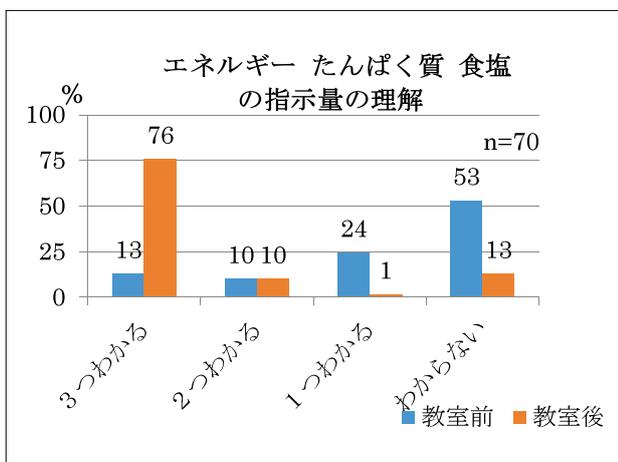
栄養士による講話は、途中で個々の病状について記入する時間を設けたことで、自己の病状を正しく認識することができたものとする。（グラフ参照）



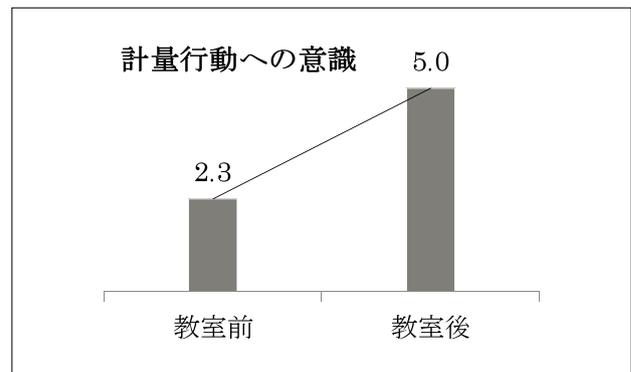
また、教室の主となる内容は、かかりつけ医の食事指導では実施しにくい昼1食分の調理実習とし、調味料や食品の計量を通して目で確かめる体験型実習とした。

さらに、1日分献立を示し、全体としての食べ方へも配慮した。この結果、自己の病状に合った食事量の把握や食べ方の振り返りになるという効果が見られた。

一昨年度から実施している教室終了後の個別相談（希望者）は、41名であり、具体的な食事療法や家族へのサポートの仕方などについて相談に応じた。参加者の理解も得られさらに、この教室に参加したことがきっかけとなり、長岡市が実施している保健師と管理栄養士による個別訪問指導につながってきている効果は非常に大きい。

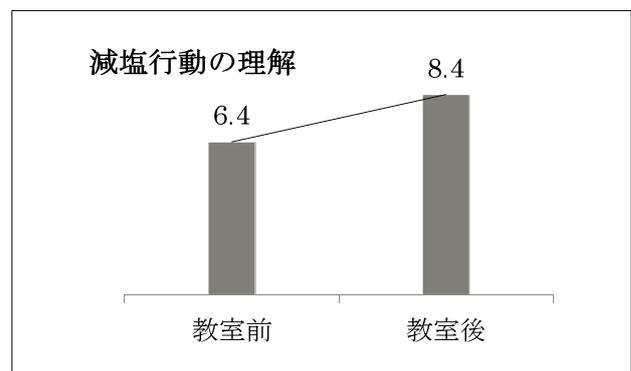


また、アンケートからは、栄養指示への理解や計量行動、減塩行動への理解と意欲が高まった結果となった。



※計量行動への意識

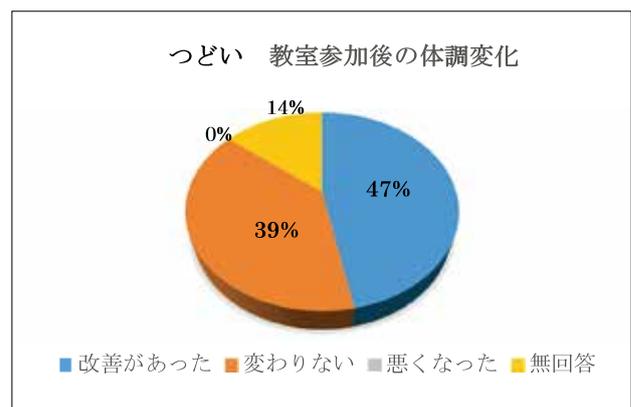
調味料の計量の必要性の理解、及び行動への意欲について10点満点で評価



※減塩行動の理解

減塩のための行動10項目についての理解および実行への意欲について、1項目1点として10点満点で評価

つどいのアンケートからは、教室参加後1～3年間の体調変化について、改善があったと変わらないが86%であり、悪くなったと回答した者はいなかった。しかし、参加しなかった方が案内の半数以上おり、引き続きフォローしていく方策を考えていきたい。（グラフ参照）



II CKD 対策

「腎臓にやさしい料理教室」

指導結果報告書

平成 ○年 ○月 ○日

主治医 様

指示をいただいた下記の方について指導状況を報告します。今後とも、よりよい保健指導を提供していくようご協力をお願いします。
(実施日:平成○・○・○)

フリガナ 氏 名	○ 山 ○ 男 様	♂ ・ 女	T・S・H ○年 ○月 ○日生
住 所	長岡市××3丁目1番		
栄 養 指 導	<input checked="" type="checkbox"/> 減塩 3g～6g未満 /日 <input checked="" type="checkbox"/> 指示カロリー 1600kcal /日 <input type="checkbox"/> 食事のバランス <input type="checkbox"/> 特殊食材紹介 <input checked="" type="checkbox"/> たんぱく質制限 40g /日 <input checked="" type="checkbox"/> 間食の摂り方 ビスケット及び果物を3食摂取されている 果物の量が100g以上と指示量より多く摂取 <input type="checkbox"/> その他		
生 活 指 導 保 健 指 導	<input type="checkbox"/> 毎日（又は定期的に）体重や血圧・歩数を測定し、記録する <input type="checkbox"/> ストレス軽減 <input type="checkbox"/> 健診（検診）や検査結果について <input type="checkbox"/> その他		
特記事項 ① 頂き物のインスタントスープ、だしの素、ベビーチーズ等で塩分量が増加したのではと思います。表示を確認し、スープは半分くらいの摂取が望ましいと指導しました。 ② 果物の回数を毎食ではなく、2回以下とし、100g程度にされるよう勧めました。 ③ 病院での指導を希望されており、食品交換表の使い方や検査値について詳しく知りたいと希望されております。 <input checked="" type="checkbox"/> 当日個別指導 済み （市での継続支援不要） <input type="checkbox"/> 市で継続支援 （<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 訪問指導） 			

(指導担当者 ○ ○ △ 子)

栄養相談確認書(指示書)

下記の方を、長岡市が実施する「腎臓にやさしい料理教室」にご紹介します。

氏名	〇〇 様	(男・ <input checked="" type="radio"/> 女)	生年月日:T・ <input checked="" type="radio"/> S・H	年	月	日(70歳)
住所	長岡市 〇×町 丁目					
1 この件に関する情報提供について	本人(または家族)の同意済 <input checked="" type="checkbox"/>					
2 病名について、該当する病名に○をお願いします(必須)						
<input checked="" type="radio"/> 慢性腎臓病(CKD) <input type="radio"/> 2型糖尿病 <input checked="" type="radio"/> 高血圧 <input checked="" type="radio"/> 脂質異常症 <input type="radio"/> 糖尿病性網膜症 <input type="radio"/> 末梢神経障害 <input type="radio"/> 虚血性心疾患 <input type="radio"/> その他()						
3 直近の検査データをご記入ください						
必須	・身長 <u>147</u> cm ・体重 <u>61</u> kg ・血清クレアチニン <u>1.19</u> mg/dl					
任意	・尿検査: 尿蛋白(+-) 尿潜血(-) 尿糖(-) ・中性脂肪 <u>38</u> mg/dl ・HDL コレステロール <u>57</u> mg/dl ・LDL コレステロール <u>87</u> mg/dl ・総コレステロール <u> </u> mg/dl ・HbA1c <u>5.9</u> %					
4 栄養指導に関して、ご指示をお願いいたします						
<input checked="" type="checkbox"/> CKDガイドラインどおり <input type="checkbox"/> 糖尿病ガイドラインどおり <input checked="" type="checkbox"/> その他、特に指示事項がありましたら、ご記入ください 一日エネルギー量、一日塩分量、一日たんぱく質量 等 [エネルギー 1800kcal Nacl 8g タンパク質 40g 位]						
5 医療機関名とかかりつけ医名のご記入をお願いいたします						
医療機関名	〇〇	医院	かかりつけ医名	〇〇	先生	
医療機関住所	〒 940 -〇〇 長岡市 〇〇					
TEL・FAX						
【医療機関のスタンプ押印欄】 ※医療機関名、かかりつけ医名、 医療機関住所のスタンプを押印 の場合この空欄をご利用ください。						

Ⅲ 在宅訪問栄養食事相談事業

(新潟県後期高齢者医療広域連合からの委託事業)

後期高齢者の在宅訪問栄養食事相談事業

1. 事業目的

高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を送ることができるよう、管理栄養士がフレイル対象者の居宅を訪問し、背景となる生活実態を把握したうえで、高齢者とその家族の訴えを十分傾聴し、食を通じた支援を行った。その実態と課題を明らかにすることで、在宅高齢者の低栄養防止に役立てることを目的とした。

2. 事業概要

1) 方法

N市に住所のある後期高齢者のうち、平成28年度に実施した健康診査においてBMI 21.5kg/m²未満かつ6か月間で体重減少2kg以上の人に対して事業説明、申請書、食に関する生活習慣アンケートを郵送した。本事業では栄養との関係が深い高齢者の虚弱を早期に予防するためにBMI 21.5kg/m²未満を対象とした。

併せて、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等からの照会による、低栄養傾向の人も対象者とした。

訪問時には、対象者の同意を得て、かかりつけ医療機関からの医療留意事項、地域包括支援センター等からの利用者基本情報、健康診査結果を持参して行なった。

また、各訪問時には、可能な限り体重測定・ふくらはぎ周囲長・握力測定を実施して状況確認の参考とした。

2) 実施期間

平成29年度4月から平成30年3月。平成30年度も事業継続中。

3) スケジュール

6か月間に3回訪問。1回目と2回目の訪問の期間を約1か月とし、生活状況の聞き取り、対象者に合った対策をわかりやすく説明し、本人から簡単に具体的な目標を決めてもらい、目標シートに記入して理解した上で実践につながるように努めた。2回目と3回目の訪問の期間を長く確保し、実践期間とした。各訪問時には、目標を本人と共に再確認して本人の状況に合わせた目標の調整を行った。

また、実践期間中に現状の確認やはげまし、食生活の提案の補足のため、支援電話等を1回実施してサポートした。

3. 結果

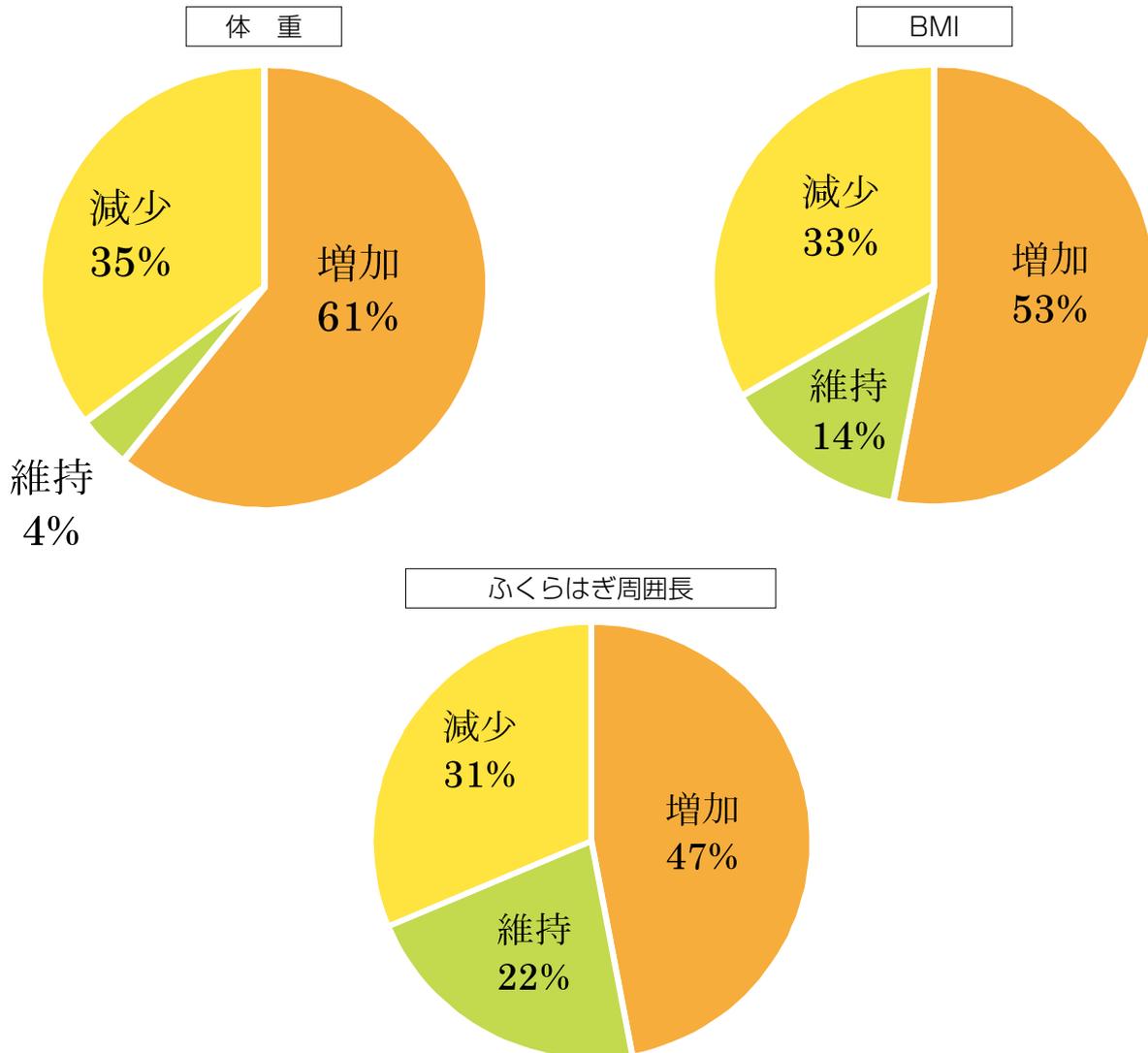
平成29年度の結果については、申請者96名のうち、3回目の訪問まで終了した人は51名であり、70歳代17名、80歳代34名であった。

体重が増加していた人は、男性55.0%、女性48.4%、維持していた人は男性15.0%、女性22.6%、減少をきたした人は男性30.0%、女性29.0%であったが有意差はみられなかった。同様にBMI、ふくらはぎ周囲長についても有意差はみられなかったが、体重は半数以上が増加し、6か月前からの体重低下をある程度食い止めることができた。

生活習慣アンケートでは、男性では外出頻度が、女性では食事を作る行動、外出頻度が少ないほど体重減少と関係していた。

Ⅲ 在宅訪問栄養食事相談事業（新潟県後期高齢者医療広域連合からの委託事業）

☆訪問1回目と3回目の測定の比較



4. まとめ

約7割が体重減少をくいとめることができたが、約3割の減少については、その要因を分析し、今後の訪問活動に活かす必要がある。

的確な食の支援により、低栄養予防だけでなく、運動・社会参加などの自立の広がりの可能性が期待できる。

今回の食に関する生活習慣アンケートの回答では、独居・高齢者世帯・高齢者と子どもの家族形態が多かったことから低栄養予防という食の支援から介入し、傾聴などを十分に行いながら、信頼関係を築き、運動や社会参加を促し複合的な支援を行うことがより効果的であると考えます。

また、今後の課題として家族形態や地域性に合った環境整備を進める必要がある。

*使用した媒体

- ・アセスメントシート
- ・MNA®-SF
- ・高齢者の低栄養防止・重症化予防等事業質問項目
- ・バランス食イラスト
- ・体重計
- ・握力計
- ・メジャー
- ・訪問管理栄養士用名刺

Ⅲ 在宅訪問栄養食事相談事業（新潟県後期高齢者医療広域連合からの委託事業）

(様式2)

アセスメント表

管理栄養士

対象者番号	ふりがな		性別	男 ・ 女		歳			
	氏名		生年月日	M	T	S	年	月	日
	住所								

家族構成 1.一人暮らし 2.夫婦二人
3.子供と同居 4.三世帯同居

慢性的な病気の有無 無・有

薬の有無 無・有

歯や入れ歯の異常 無・有

噛み合わせの異常 無・有

補助食品等の摂取 無・有

食物アレルギーの有無 無・有

身体活動 無・有

生活支援マンパワー 無・有

体重が減少した理由 不明・有 ()

		1回目			2回目			3回目		
身長		c m								
体重		kg			kg			kg		
BMI		kg/m ²			kg/m ²			kg/m ²		
ふくらはぎ周囲長		cm			cm			cm		
握力 (kg)	左	1回目	2回目	左右良い値の平均	1回目	2回目	左右良い値の平均	1回目	2回目	左右良い値の平均
	右									

質問項目・評価尺度		1回目	3回目	備考	
		/	/		
1	自分の健康状態をどう思いますか ⑤良い ④まあ良い ③ふつう ②あまり良くない ①良くない				
2	食事を誰が作っていますか ⑤自分 ④家族 ③宅配弁当 ②弁当・惣菜を買う ①その他 ()				
3	食事の仕度で困っていることはありますか	適正な献立の作成			
		買物行為			
	③ない ②少し困っている ①非常に困っている	買物内容			
		調理			
		洗物・片付け			
4	食欲はありますか ⑤非常にある ④ある ③ふつう ②あまりない ①非常にない				
5	食べ物や飲み物でむせますか ④全くない ③たまにある ②よくある ①毎食むせる				
6	1日3食食べていますか ④毎日3回 ③毎日2回以上 ②毎日1回以上 ①全く食べない日もある				
7	ここ1か月の間に、あなたは主食（ごはん、麺、パン）をどのくらいの頻度で食べていますか ④毎日3回 ③毎日2回以上 ②毎日1回以上 ①全く食べない日もある				

Ⅲ 在宅訪問栄養食事相談事業（新潟県後期高齢者医療広域連合からの委託事業）

対象者番号	質問項目・評価尺度	1回目					3回目								
		/					/								
	質問項目 8~17	⑦毎日2回以上 ⑥毎日1回 ⑤週4~6回 ④週2~3回 ③週1回 ②週1回未満 ①食べなかった													
8	ここ1か月の間に、肉をどのくらいの頻度で食べていますか	7	6	5	4	3	2	1	7	6	5	4	3	2	1
9	ここ1か月の間に、魚をどのくらいの頻度で食べていますか	7	6	5	4	3	2	1	7	6	5	4	3	2	1
10	ここ1か月の間に、卵をどのくらいの頻度で食べていますか	7	6	5	4	3	2	1	7	6	5	4	3	2	1
11	ここ1か月の間に、大豆・大豆製品をどのくらいの頻度で食べていますか	7	6	5	4	3	2	1	7	6	5	4	3	2	1
12	ここ1か月の間に、緑黄色野菜をどのくらいの頻度で食べていますか	7	6	5	4	3	2	1	7	6	5	4	3	2	1
13	ここ1か月の間に、海藻類をどのくらいの頻度で食べていますか	7	6	5	4	3	2	1	7	6	5	4	3	2	1
14	ここ1か月の間に、いもをどのくらいの頻度で食べていますか	7	6	5	4	3	2	1	7	6	5	4	3	2	1
15	ここ1か月の間に、果物をどのくらいの頻度で食べていますか	7	6	5	4	3	2	1	7	6	5	4	3	2	1
16	ここ1か月の間に、牛乳・乳製品をどのくらいの頻度で摂っていますか	7	6	5	4	3	2	1	7	6	5	4	3	2	1
17	ここ1か月の間に、油を使った料理をどのくらいの頻度で食べていますか	7	6	5	4	3	2	1	7	6	5	4	3	2	1
	質問項目・評価尺度						1回目	3回目	備考						
18	間食は摂っていますか	④補助食として ③食事に影響ない程度 ②食べない ①改善の必要あり													
	①の場合（内容、量、頻度）	1回目					3回目								
19	1日の水分量（コップ）	③6杯以上 ②4~5杯 ①4杯未満（ 杯）													
20	便秘または下痢はしますか	④ない ③月に1,2回程度 ②薬でコントロールしている ①薬でもよくなる					便秘・下痢	便秘・下痢							
21	飲酒について	⑤飲まない ④月1~2回 ③週に1~2日 ②週に4~5日 ①毎日飲む													
22	喫煙について	④吸わない ③以前は吸っていたが1か月以上吸っていない ②ときどき吸う日がある ①毎日吸っている													
23	外出の頻度はどれくらいですか	⑥週4回以上 ⑤週2~3回 ④週1回 ③月1~3回 ②年に数回 ①外出しない													
24	歩行圏内に生鮮食品を買えるお店がありますか	⑤たくさんある ④ある程度ある ③あまりない ②全くない ①わからない													
25	自分の健康状態を良くするために、自分で食事の調整ができていますか	⑤できる ④どちらかといえばできる ③どちらかといえばできない ②できない ①やるつもりはない													
26	事後のみ…実行してみてどう思いましたか	④体に良い変化があらわれた ③気持ちに良い変化があらわれた ②変化ないが続けようと思う ①続けたくない													
	改善項目	個中	個改善	個維持		個悪化									
	質問項目8~17において⑦⑥の数		（目標7以上）	1回目		3回目									

Ⅲ 在宅訪問栄養食事相談事業（新潟県後期高齢者医療広域連合からの委託事業）

受付 No.

平成30年度高齢者の低栄養防止・重症化予防等事業

質問項目

分類	質問文	回答		
基本チェックリスト	手段的ADL	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい 1. いいえ	
		日用品の買い物をしていますか	0. はい 1. いいえ	
		預貯金の出し入れをしていますか	0. はい 1. いいえ	
	社会的ADL	友人の家を訪ねていますか	0. はい 1. いいえ	
		家族や友人の相談にのっていますか	0. はい 1. いいえ	
	運動・転倒	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい 1. いいえ	
		椅子に座った状態から何もつかまらず立ち上がっていますか	0. はい 1. いいえ	
		15分位続けて歩いていますか	0. はい 1. いいえ	
		この1年間に転んだことがありますか	1. はい 0. いいえ	
		転倒に対する不安は大きいですか	1. はい 0. いいえ	
	栄養	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい 0. いいえ	
		BMI	身長 () cm 体重 () kg	
	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	1. はい 0. いいえ	
		お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい 0. いいえ	
		口の渇きが気になりますか	1. はい 0. いいえ	
	閉じこもり	週に1回以上は外出していますか	0. はい 1. いいえ	
		昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい 0. いいえ	
	認知症	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言われますか	1. はい 0. いいえ	
		自分で電話番号を調べて、電話を掛けることをしていますか	0. はい 1. いいえ	
		今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい 0. いいえ	
	うつ	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい 0. いいえ	
		(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい 0. いいえ	
		(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい 0. いいえ	
		(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい 0. いいえ	
		(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい 0. いいえ	
	その他	社会参加	就業または何らかの地域活動をしていますか	0. はい 1. いいえ
			1日に1回以上は、誰かと一緒に食事またはお茶をしますか	0. はい 1. いいえ
栄養		ほぼ同じ年齢の同性と比較して健康に気をつけた食事を心がけていますか	0. はい 1. いいえ	
		自分で食事の準備ができますか	0. はい 1. いいえ	
服薬		1日あたりの内服している薬の種類数(名称別薬剤数)	() 種類	
		1日あたりの外用している薬の種類数(名称別薬剤数)	() 種類	
		受診医療機関数	() 力所	

※本質問項目は、モデル事業の指導の前後で必ず実施してください(必須項目)。アセスメントと事業評価等に追加して使用ください。

Ⅲ 在宅訪問栄養食事相談事業（新潟県後期高齢者医療広域連合からの委託事業）

<参考情報>

質問項目の出典等

（その他）

項目	質問及び解説	出典等
社会参加	就業または何らかの地域活動をしていますか	健康日本 21（高齢者の健康）
	仕事（就業）、ボランティア活動、趣味・稽古事などの社会参加・社会貢献活動に参加している場合は、該当。	
社会参加	1日に1回以上は、誰かと一緒に食事またはお茶をしますか	東京大学高齢社会総合研究機構 フレイル・チェック（簡易チェック） 『イレブンチェック』
	後期高齢者の特性に配慮し「食事をする」に「お茶をする」を追加。食事またはお茶をする事がある場合は、該当。	
栄養	ほぼ同じ年齢の同性に比較して健康に気をつけた食事を心がけていますか	東京大学高齢社会総合研究機構 フレイル・チェック（簡易チェック） 『イレブンチェック』
	いろいろな種類の食べ物をバランスよく食べるなど、意識した食事を心がけていれば、該当。	
	自分で食事の準備ができますか	手段的日常生活活動（IADL）尺度
	適切な食事を自分で計画し準備し給仕することができる場合は、該当。	

URL：

○健康日本21 http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf P.79

○イレブンチェック http://www.iog.u-tokyo.ac.jp/wp-content/uploads/2016/04/h27_rouken_team_ijijima.pdf

Ⅲ 在宅訪問栄養食事相談事業（新潟県後期高齢者医療広域連合からの委託事業）

No.9 子どもと二人暮らし70代女性のフレイル予防の事例

本人情報	T・S様		性別 女	年齢 70代
本人が困っていること	<input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 食事について <input checked="" type="checkbox"/> 病気によること <input type="checkbox"/> 買物		<input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> その他	〔 〕
	1回目		2回目	3回目
訪問日	8月〇日		9月〇日	1月〇日
既往歴 検査値 薬歴 その他	糖尿病・脂質異常症 血糖値 121mg/dℓ HbA1c 6.8% グリメピリド1mg×1 リバロ2mg×1		【変化なし】	【変化なし・追加】 血糖値 125mg/dℓ HbA1c 6.6% 血圧 130/80mmHg
身体所見	身長	150cm		
体重	46.5kg		47kg	50kg
BMI	20.7kg/m ²		20.9kg/m ²	22.2kg/m ²
ふくらはぎ周囲長	31.5cm		30.5cm	31.5cm
握力	19.3kg		16.6kg	17.7kg
MNA®	12			13
主観的情報 (聞き取ったこと)	食事に気を付けたい。むせたり、飲み込みづらく感じるが増えた。南瓜が切れなかったり、フタが開けられないことも多くなってきた。		足に力が入らない感じで心配だ。蓮根や庭の枝が切れなかったりする。血圧が高いため、塩分は一番気にしている。筋力落としたくないから、運動はしている。	老化だって言われたわ。しょうがないわね。筋力落としたくないから、たんぱく質は特に意識して増やしてます。手軽だから、ちくわとかよく食べるようになりました。
客観的情報・ 食事内容	糖尿病、脂質異常症にて治療中。服薬あり。数値は安定している。同居の息子に好き嫌い多く献立に困る。3食食べるが、主菜が無いこともある。野菜はサラダ中心。炒め物多い。ご飯100g→150g食べるようになった。		力が入らず違和感あることについて主治医には相談していない。食事内容変化なし。サラダは味付けせず、汁物、果物は摂らない。 推定摂取量 エネルギー1400kcal たんぱく質 55g 塩分3~4g 食物繊維 15g程度	病院での検査の結果、異常なし。老化との診断を受けた。たんぱく質源のおかずを1品追加して食べるようにしている。 散歩前に牛乳を1杯飲んで出かけるようにしている。
評価	摂取量は1400~1500kcal程度と推測される。息子の好みに合わせているため、食物繊維が少なく油脂が多くなりがち。本人も自覚あり。		たんぱく質は10g/日程度不足。エネルギー量、塩分は増量の余地あり。糖尿病あるため、食物繊維も増やす方が良いと思われる。	おかず1品と牛乳で不足たんぱく質は補えている。受診し異常なかったことで精神的なストレス軽減し、現状受け入れ、前向きな発言あり。検査値も良好。
目標	主菜を摂るようにする。野菜、きのこなど食物繊維増やす。		たんぱく質源となるような食品を増やす。野菜、きのこを増やす。みそ汁、果物も取り入れて良い。	現在の食事、運動を継続する。
助言内容	サラダに卵など、調理が簡単なものを追加してみる。ひじき煮物、きのこおおかか煮など、まとめづくりできる常備菜を息子が食べなくても本人用に用意してみる。		栄養価を計算し、過不足の説明をした。たんぱく質、食物繊維の不足分を補える食品とその量を具体的に提示した。握力筋トレ、自助具の案内をした。身体の違和感について受診を勧めた。	食事の内容整っているため、現在の食事、運動を継続し、体重や受診時の検査値を参考に食べる量や活動量を振り返るようにするよう助言した。
提出日	8月〇日		9月〇日	1月〇日
支援 (手紙 電話) 30年11月〇日	内容 前回訪問時に訴えていた違和感の様子を確認し、異常なしとのこと。たんぱく質、食物繊維など不足栄養素の確認をし、納豆や豆腐などを切らさないように意識しており、鍋物や具だくさん汁に利用しているとのこと。筋トレ継続中。体調変化なし。困りごともない。現在の食事、運動を継続するよう助言した。			

* MNA®は高齢者の低栄養の特性を踏まえた、高齢者専用のアセスメント・ツールです。

Ⅲ 在宅訪問栄養食事相談事業（新潟県後期高齢者医療広域連合からの委託事業）

（かかりつけ医への報告書）

○年 ○月 ○日

在宅訪問栄養食事相談事業 実施報告書

管理栄養士

○○○○○○

対象者番号	氏名 T・S 様	性別 男 女 女
住 所	N市○○○○○○○○○○	
生年月日	M・T・S ○年 ○月 ○日（75歳）	

既往歴	#1. 糖尿病 #2. 脂質異常症
-----	----------------------

	1回目	2回目	3回目
訪問日	30年 8月 ○日	30年 9月 ○日	31年 1月 ○日
身長	150 cm		
体重の変化	46.5kg	47kg	50kg
BMIの変化	20.7kg / m ²	20.9kg / m ²	22.2kg / m ²
ふくらはぎ周囲長の変化	31.5cm	30.5cm	31.5cm
握力の変化	19.3kg	16.6kg	17.7kg
MNA [®] の変化	12		13
支援電話・手紙の実施	電話 ・ 手紙 30年 11月 ○日		

* MNA[®] は高齢者の低栄養の特性を踏まえた、高齢者専用のアセスメント・ツールです。

特記事項 《食事や生活の状況等、初回から3回目までの経過・留意点》

- ・ BMI 低値（19.2kg / m²）のため、栄養相談の対象となりました。
- ・ 本人の希望：持病にあった食事を摂りたい。筋力を落とさない。
- ・ 持病のコントロールは服薬により良好ですが、息子さんの好き嫌いにより、食事に偏りが見られていました（たんぱく質、食物繊維摂取不足）。

ご本人から握力の低下やムセの訴えが聞かれ、自身も心配されておりましたので、特にたんぱく質源の摂取の仕方と適量について指導しました。

最終訪問時にはたんぱく質源の1品追加、牛乳1杯の習慣が付き、適量の摂取となりました。

今後は、検査値を見ながら、食事の調整をするように助言しました。

以上のとおり、在宅訪問栄養食事相談を終了いたしましたので報告いたします。

公益社団法人 新潟県栄養士会

IV 介護予防のための地域ケア個別会議

IV 介護予防のための地域ケア個別会議

介護予防のための地域ケア個別会議について

1. 介護予防のための地域ケア個別会議とは

- ・ 介護保険法の改正により、市町村に対し設置の努力規定が課されたことに基づき、市町村または地域包括支援センターが主催し、検討する個別の事例について、地域の多職種の視点からアセスメントを行い、どのような支援をしていくかを考える会議である。
- ・ 介護保険の新規認定者の多くを軽度認定者（要支援1～要介護1）が占め、適切な介護予防ケアマネジメントによっては「自立」になる可能性が高いこと、介護保険法の理念が「高齢者の自立支援」「要介護状態になることの予防」であることから、国では「介護予防のための地域ケア個別会議」の定着・推進を図っている。

(1)目的

- 多職種が協働して、個別ケースの支援内容を検討することで、高齢者の自立に資するケアマネジメントを実施し、被保険者の課題解決や自立支援の促進、ひいてはQOL（生活の質）の向上を目指している。

(2)意義

- 事例に対する多職種の専門的な視点に基づく助言を通じて、自立に資するケアマネジメントの視点やサービス等の提供に関する知識・技術を習得すること
- 検討事例を積み重ねることにより、地域に不足する資源の発見・解決策の検討につながっていく。

（厚生労働省「介護予防普及展開事業市町村向け手引き」より）

2. 介護予防のための地域ケア個別会議の参加者



- ◆司会者（市町村）：市町村・地域包括支援センター
- ◆事例提供者：地域包括支援センター、居宅介護支援事業所
- ◆助言者：薬剤師・理学療法士・作業療法士
歯科衛生士・管理栄養士・言語聴覚士

3. 介護予防のための地域ケア個別会議の流れ

(1)現状の把握

要支援状態になった原因や経過を見える化し、参加者全員で共有する。

(2)対象者の生活目標の確認

利用者・ご家族の意向や生活課題と照らし合わせ、自立の可能性のある生活目標を参加者全員で共有する。

(3)自立に向けた具体的解決策について提案

「いつ、どこで、誰が、何を、どうする」と、具体的に提案する。

Ⅳ 介護予防のための地域ケア個別会議

4. 介護予防のための地域ケア個別会議で使用する資料例

情報		情報収集・資料作成者		
		プラン作成担当	介護サービス事業所	
A	利用者に関する情報	<ul style="list-style-type: none"> 利用者基本情報（性、年齢、要介護度、自立度、家族構成、既往歴等） 基本チェックリスト 興味・関心チェックシート など、検討する事例の全体像を把握する情報	○	
B	アセスメント情報	<ul style="list-style-type: none"> 課題整理総括表 	○	
C	ケアプラン	<ul style="list-style-type: none"> ケアプラン 	○	
D	提供されているサービスの情報	<ul style="list-style-type: none"> 各事業所における個別援助計画 		○
E	その他	<ul style="list-style-type: none"> 主治医意見書 お薬手帳のコピー 会議の要点をまとめたもの 		

（厚生労働省「介護予防普及展開事業市町村向け手引き」より）

5. 介護予防のための地域ケア個別会議の進め方

実施事項	最短所要時間（目安）	発言者	実施事項	使用する資料	
(1) 開催	1～3分	司会者（市町村）	資料説明	議事次第等	
(2) 1事例目	事例提出者（プラン作成者）より事例の概要説明	4～6分	プラン作成担当	①事例の基本情報について説明 ②事例の生活行為課題について説明 ③現在の状態に至った個人因子・環境因子 ^① の説明 ④②③を踏まえたケアプランの説明	A 利用者に関する情報 B アセスメント情報 C ケアプラン
	事例提出者（介護サービス事業所）から支援方針の説明	4～6分	介護サービス事業所	事例への支援内容・方針について説明	D 提供されているサービスの情報
	質問、助言	10～12分	司会者（市町村）	(2) (3)の説明に関する不明点の確認	A～D（主に生活機能、ケアプランに係る記述の箇所）
			助言者（専門職）	(2) (3)の説明についての質問・助言	A～D（各専門職に係る記述の箇所）
(5) まとめ	2～4分	司会者（市町村）	事例提出者（プラン作成担当、介護サービス事業所）が取組むべき点について説明	A～D	
(6) 2事例目 3事例目					
(7) 閉会	1～3分	司会者（市町村）	次回の開催日時・場所の案内	-	

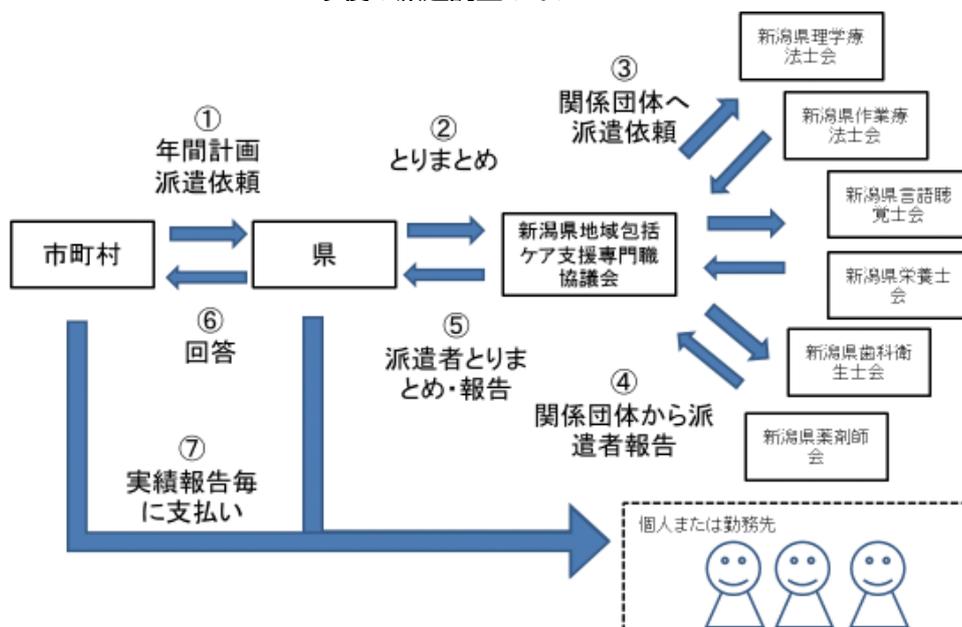
（厚生労働省「介護予防普及展開事業市町村向け手引き」より）

IV 介護予防のための地域ケア個別会議

6. 新潟県における介護予防のための地域ケア個別会議

- ・新潟県高齢福祉保健課では、2017年度から市町村の「介護予防のための地域ケア個別会議」の立ち上げ・定着支援のため、その会議への専門職6団体（新潟県理学療法士会、新潟県作業療法士会、新潟県言語聴覚士会、新潟県栄養士会、新潟県歯科衛生士会、新潟県薬剤師会）からの助言者派遣事業を開始した。
 - ・2018年12月に、新潟県高齢福祉保健課からの意向を受けて、専門職6団体による新潟県地域包括ケア支援専門職協議会の設立をした。
- 新潟県からの委託を受け、専門職6団体の助言者派遣調整事務、相談、情報提供、専門職6団体対象の研修会、県民向けフォーラムの企画・運営等を行う。

今後の派遣調整のイメージ



- ・助言者になるには、原則、新潟県高齢福祉保健課主催の「介護予防のための地域ケア個別会議助言者育成研修」受講と、市町村で開催の地域ケア個別会議を1回以上見学しなければならない。新潟県栄養士会では、支部長推薦を基本に、場合により本部、福祉事業部長、地域活動事業部長の推薦により、地域と在宅高齢者の事情に詳しい会員に依頼している。
- ・2019年度には30市町村が地域ケア個別会議を開催する予定である。地域包括ケアシステム体制が構築されつつある今、管理栄養士は連携する関係機関や多職種とのコミュニケーションを図り、更なる在宅訪問栄養食事指導に必要な知識の研鑽を積んでいかなければならない。

地域ケア個別会議に参加して感じた事、気付いた点

1. 栄養アセスメントの重要性

管理栄養士・栄養士は健康や栄養状態の見極めと支援方法の助言を求められている。

栄養アセスメント情報が不足していると、課題の抽出も難しく、的確な助言に結びつかない。

開催当初、会議の資料の中に、BMIはあるものの、他の栄養アセスメントの情報（体重の推移、1日の食事摂取量等）はなかった。栄養アセスメントをするに必要な情報が盛り込まれたアセスメントシートが必要であると感じた。

2. 助言者としてのスキルの確保

短時間で事例を読み込み、問題点を抽出し、不足部分を質問、そして最後に専門職として助言するという流れは管理栄養士・栄養士としてのスキルが必要となり、そのためにはマニュアルや育成研修が必要であると感じた。

* 助言者育成研修に求められる項目

・生活課題の抽出ポイント ・課題解決のための助言例 ・疾患別、病態別注意事項など

* 手引書の必要性（より多くの助言者育成につながる）

3. 助言の優先順位付け

資料の読み込み時間が5分という短い時間で20枚ほどの資料に目を通し、事例の把握、そして助言内容をまとめるのは非常に難しかった。アドバイザーからは「その人ができることは何か」「これだけは守ってほしいこと」など、最低限伝えたいことを絞りこみ、助言を1つか2つにするようにと指導を受けた。助言は優先順位付けによる絞りこみが重要であることを学んだ。

4. 助言者派遣の課題

今後増えていく「地域ケア個別会議」の助言者の派遣にあたっては、地域事情や通いの場がどこにあるか、買い物先は近くにあるか、何を売っているかなど、地域資源を熟知した助言者を選出する必要があると感じた。

5. 多職種連携の重要性

栄養食事支援の必要な対象者をいち早く管理栄養士・栄養士につなげることが介護予防には重要である。ケアマネージャーや多職種が簡単に使える栄養チェック表を作成し、食支援や栄養改善が必要と判断された際に、連絡できる仕組みができれば、自立支援に向け、より大きな成果が出せると考える。

6. まとめと課題

地域ケア個別会議では、ケアマネージャーがプランに落とせる助言、つまり実践可能な改善策が求められている。わかりやすく、改善可能な助言ができるように、様々な事例に対応できる管理栄養士・栄養士としての知識の引き出しを多く持てるよう、研鑽を積まなければならないと痛感した。

IV 介護予防のための地域ケア個別会議



簡易栄養状態評価表 Mini Nutritional Assessment-Short Form MNA[®]

資料 1

氏名:

性別: 年齢: 体重: kg 身長: cm 調査日:

下の口欄に適切な数値を記入し、それらを加算してスクリーニング値を算出する。

スクリーニング

A 過去 3 ヶ月間で食欲不振、消化器系の問題、そしゃく・嚥下困難などで食事が減少しましたか？

- 0 = 著しい食事量の減少
1 = 中等度の食事量の減少
2 = 食事量の減少なし

B 過去 3 ヶ月間で体重の減少がありましたか？

- 0 = 3 kg 以上の減少
1 = わからない
2 = 1~3 kg の減少
3 = 体重減少なし

C 自力で歩けますか？

- 0 = 寝たきりまたは車椅子を常時使用
1 = ベッドや車椅子を離れられるが、歩いて外出はできない
2 = 自由に歩いて外出できる

D 過去 3 ヶ月間で精神的ストレスや急性疾患を経験しましたか？

- 0 = はい 2 = いいえ

E 神経・精神的問題の有無

- 0 = 強度認知症またはうつ状態
1 = 中程度の認知症
2 = 精神的問題なし

F1 BMI (kg/m²): 体重(kg)÷身長(m)²

- 0 = BMI が19 未満
1 = BMI が19 以上、21 未満
2 = BMI が21 以上、23 未満
3 = BMI が23 以上

BMI が測定できない方は、F1 の代わりに F2 に回答してください。
BMI が測定できる方は、F1 のみに回答し、F2 には記入しないでください。

F2 ふくらはぎの周囲長(cm) : CC

- 0 = 31cm未満
3 = 31cm以上

スクリーニング値
(最大: 14ポイント)

- 12-14** ポイント: 栄養状態良好
8-11 ポイント: 低栄養のおそれあり (At risk)
0-7 ポイント: 低栄養

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA[®] - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA[®]) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
® Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M

資料3

フレイル予防のための食事チェックシート

食べたところに○をつけて、1日の食事内容を確認

ご飯/粥	子供用茶碗	女性用茶碗	男性用茶碗
			
朝			
昼			
夕			

主菜	肉	魚	卵	豆類・納豆
				
朝				
昼				
夕				

※粥⇒エネルギーは飯の半分、水分は1.5倍

※油を使った料理を食べているか？ (食べている・食べていない)

副菜(野菜)	1皿	2皿	3皿
朝			
昼			
夕			

間食の習慣は？
(あり・なし)



1日の水分摂取量は？



コップ _____ 杯



きちんと食べて
フレイル予防

食事量が減少することで水分も減る
⇒脱水の危険

偏った食べ方が疾病の重症化に繋がる

不足の栄養素は、おやつ(乳製品・果物含む)又は補助食品で補う!!

IV 介護予防のための地域ケア個別会議

管理栄養士としての助言のポイント

管理栄養士・栄養士は、日常生活を営む上で基本となる食事について、適切な栄養摂取といった観点から、助言を行います。
(厚生労働省専門職向け手引きより引用)

◎助言者として意識する視点

① 栄養・食に関する環境を確認する（事例の理解と確認）

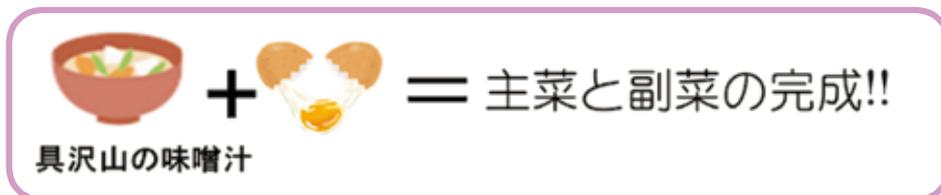
- **低栄養予防の視点**でアセスメントを行う
 - ・ 身体状況・排泄状況・疾病・服薬等の確認
 - ・ 栄養摂取量（水分摂取量も含む）の過不足の把握
 - ・ 嚥下障害等ある場合は食事の満足感、食べる姿勢、口腔状況、食べこぼし、食事にかかる時間等を確認
- 栄養・食に関する環境の確認
 - ・ 家族構成（介護者の状況、調理の担当者等）
 - ・ 生活歴、経済状況
 - ・ 本人の生活状況、意欲等
- 目標と支援内容の確認
 - ・ 栄養改善による本人のメリットは何か。本人の意向は反映されているか
 - ・ 目標に向けた計画となっているか。実践可能か？無理な点はないか



② 助言するポイント

- **本人の自律***を何よりも重要視した助言を心がける
- 栄養素での助言ではなく食品、料理にまで落とし込む
- 不足部分は生活背景、経済状況を考慮して提案
- 本人、家族が理解し、実行可能な内容で助言する。時には事例提供者を通して褒めることも大切。
- 疾病等により、管理栄養士・栄養士の介入が必要な場合は、かかりつけ医の管理栄養士・栄養士に繋げる。
- 管理栄養士・栄養士の介入が困難な場合は、関連性の強い多職種に協力を仰ぐ
- 地域に栄養支援サービスがない場合は、地域課題として提言する

*自らの意志に基づいて行動すること



◎地域ケア個別会議に管理栄養士が参加して変わったこと

① 利用者基本情報に 1 日の食事の内容を記載する項目が追加された

地域ケア個別会議で使用される資料には、体重の推移や BMI の記載はあるものの、食事の内容に関する情報に乏しく、対象者の栄養状態を把握するために、毎回食事内容を確認する必要があった。しかし「利用者基本情報」に食事摂取状況等を記載する項目（朝食・昼食・夕食・間食・特記事項）が増えた事により、質問時間が短縮され、より良い助言ができるようになった。

② 「フレイル予防のための食事チェックシート」を作成した

「地域ケア個別会議」では、管理栄養士が食事内容・食事量の質問を繰り返し行った過程で、他職種、事例提供者も食事内容を把握することの重要性に気付いてきた感がある。より多くの人に、生活（生きる）には食事が大きく関与していることに目を向けてもらうため、簡単なチェックシートを作成した。内容は管理栄養士・栄養士だけでなく、ケアマネージャーにも使いやすく工夫した。

*新潟県版「新潟県介護予防のための地域個別ケア会議助言者のための手引き」に掲載予定

◎最近の地域ケア個別会議

○ 新発田市では、6 ヶ月後のフィードバックが始まった。助言が活かされていることは、身近で実行可能なことが多く、特に管理栄養士の助言内容は受け入れられて改善傾向が見られるとの事である。

○ 事例提供される資料に、管理栄養士・栄養士に必要な情報が増えてきた。



アセスメント指標

目標とするBMIの範囲（18歳以上）^{1,2}

年齢(歳)	目標とするBMI(kg/m ²)
18～49	18.5～24.9
50～69	20.0～24.9
70以上	21.5～24.9

- 1.男女共通。あくまでも参考として使用すべきである。
- 2.観察疫学研究において報告された死亡率が最も低かったBMIを基に、疾患別の発症率とBMIとの関連、死因とBMIとの関連、日本人のBMIの実態に配慮し、総合的に判断し目標とする範囲を設定。
- 3.70歳以上では、総死亡率が最も低かったBMIと実績との乖離が見られるため、虚弱の予防及び生活習慣病の予防の両者に配慮する必要があることも踏まえ、当面目標とするBMIの範囲を21.5～24.9 kg/m²とした。

日本人の食事摂取基準2015年版より

サルコペニアのスクリーニング

新考案「指輪っか」テスト：ふくらはぎの自己評価

手順①親指と人差し指
で「指輪っか」をつくる



手順②ふくらはぎの一番
太い部分に当ててみる



低い

サルコペニアの危険度

高い



囲めない



ちょうど囲める



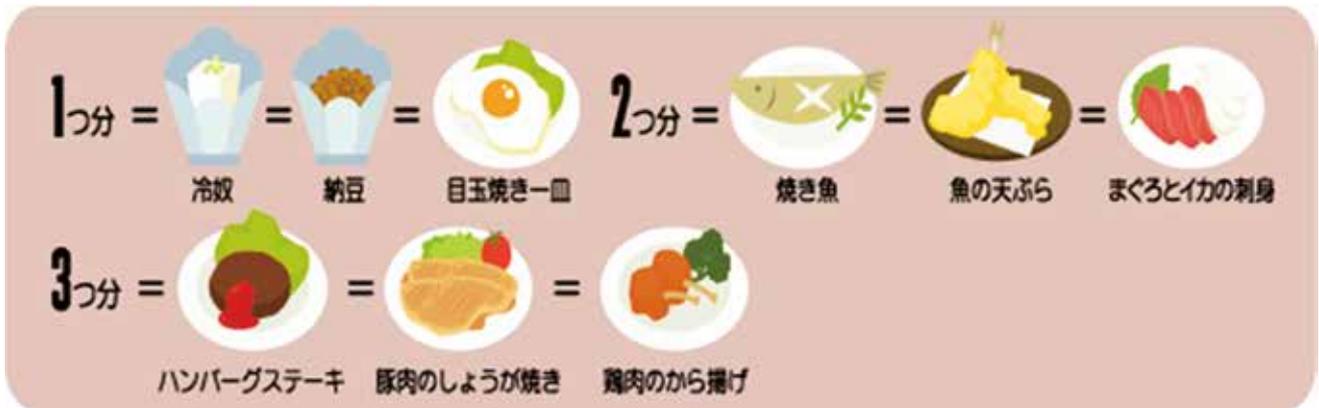
隙間ができる

下腿周囲長：31cm以上○ 31cm未満×

山田実 東京大学 高齢社会総合研究機構

料理及び食品のたんぱく質量

「主菜」はたんぱく質の供給源となる肉、魚、卵、大豆及び大豆製品などを主材料とする料理です。食事バランスガイドでは、1つ（SV）は主材料からのたんぱく質が約6g（鶏卵1個）に相当する量です。1日の適量は3～5つ（SV）とされています。



たんぱく質6gの目安

鶏卵	M玉1個	50g
肉（赤身）	薄切り2枚	30～40g
魚	1/2切れ	30～40g
豆腐（絹ごし）	1/2丁	130g
納豆	1パック	40g
牛乳	コップ1杯	180ml



【参考】

主食（およそ1食）における栄養成分			
食品・常用量	熱量 (kcal)	たんぱく質(g)	食塩相当量 (g)
ご飯 150g	260	3.9	
食パン 60g	160	6	0.8
うどん(ゆで)200g	255	5.1	0.7
そば(ゆで) 180g	252	8.4	

V 南魚沼地域における地域包括 システムの推進に向けた取り 組みと行政栄養士の役割について

V 南魚沼地域における地域包括システムの推進に向けた取り組みと行政栄養士の役割について

南魚沼地域における地域包括ケアシステムの推進に向けた取り組みと行政栄養士の役割について

新潟県南魚沼地域振興局健康福祉環境部

(南魚沼保健所) 地域保健課 磯部 澄枝

1 はじめに

2025年を目途に、住み慣れた地域で有する能力に応じて自分らしく自立した暮らしを営むことができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制「地域包括ケアシステム」を構築し推進することが喫緊の課題となっている。

「食生活」は生活の基本であり、適切な食生活は、自立した自分らしい暮らしの基盤となることから、よりよい食生活や栄養管理を支援する管理栄養士には重要な役割があると考えられる。しかし、当管内においても、在宅療養者が増加し、食支援に対するニーズの高まりが推察されながらも以下の課題から、在宅療養者に対する栄養ケア体制は十分には整っていなかった。

<現状と課題>

- 在宅療養者の主治医から栄養指導に関する指示を受ける体制ができていない。
- 在宅療養者の栄養ケアに従事する管理栄養士が不足している。
- 栄養と食生活及び栄養ケアの重要性に関する認知度が低い。
- 在宅療養者のケアに関わる関係機関や関係職種と意識共有が図られていない。

このことから、平成26年度から新潟県栄養士会魚沼支部と連携し「南魚沼地域における在宅療養者に対する栄養ケア体制充実事業」及び「地域包括ケアシステムの推進に向けた栄養・食生活支援体制充実事業」に取り組んでいるので報告する。

また、これらの取り組みから地域包括ケアシステムの推進に向けた行政栄養士の役割について考察したので併せて報告したい。

2 南魚沼地域における在宅療養者に対する栄養ケア体制充実事業（平成26年度～平成29年度）

(1)目的

南魚沼地域における在宅療養者等に対する栄養ケア体制の充実を図るため、在宅療養者の支援に携わっている介護関係職種から栄養ケアの実態やニーズを把握すると共に、食事療養が必要な在宅療養者に対してモデル的に訪問栄養・食事指導を実施し、管理栄養士による支援のメリットを「見える化」しノウハウを検証することを目的とした。

<連携機関>

新潟県栄養士会魚沼支部、南魚沼都市医師会（在宅医療推進センター）、南魚沼市、湯沢町、管内介護保険事業所、魚沼摂食嚥下診療研究会 他

V 南魚沼地域における地域包括システムの推進に向けた取り組みと行政栄養士の役割について

(2)実施内容

①在宅療養者へのモデル的訪問栄養・食事指導（平成27年度～平成29年度）

栄養・食生活支援が必要な在宅療養者等に対し、多職種が連携した訪問栄養指導をモデル的に実施し、在宅療養者等のQOLを高める支援を行うとともに、そのプロセスや効果について検証した。

実施期間：平成28年3月～平成30年3月 対象者：8名

従事者：新潟県栄養士会魚沼支部管理栄養士、保健所管理栄養士

②介護関係職種に対する栄養ケアニーズ実態調査（平成28年度）

南魚沼市及び湯沢町の介護保険事業所（地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護事業所、訪問介護事業所）35施設／38施設中回答）及び事業所に所属する介護関係3職種（介護支援専門員、訪問看護師、訪問介護士 113名回答）を対象に、事業所における居宅サービス利用者の健康・栄養状態、栄養・食生活支援を行う上での課題、相談体制及び栄養・食生活支援体制の充実に必要な取り組み等について調査を行った。

在宅療養者の栄養・食生活支援については、管理栄養士の関与が求められているものの、管理栄養士にケースが繋がりにくい現状が明らかになった。今後は、管理栄養士への相談窓口の見える化、退院時における在宅を見据えた栄養指導の充実及び訪問栄養指導体制整備など、地域における栄養指導・相談体制を確立するとともに、関係機関や関係職種に対して積極的に情報発信する必要があることがわかった。

③介護関係職種や在宅療養者の栄養ケアに従事する管理栄養士等を対象とした研修会（平成28年度～平成29年度）

医師、介護支援専門員、訪問看護師などを対象に、モデル的訪問栄養指導の結果から見えた栄養ケアの必要性や管理栄養士の役割、訪問栄養指導の制度について周知した。

また、在宅療養者の栄養ケアに従事する管理栄養士等を対象として、栄養アセスメントや多職種と情報共有するための記録方法など、栄養ケアプロセスに関する研修を行った。

(3)結果

①から③を実施し、平成30年度からは、新潟県栄養士会魚沼支部と南魚沼都市医師会（在宅医療推進センター）が連携した「訪問栄養指導システム」が本格稼働されることとなった。

<継続課題>

- 管理栄養士への相談窓口の見える化
- 退院時における在宅を見据えた栄養指導の充実
- 低栄養・フレイル予防など重度化予防体制の充実

3 地域包括ケアシステムの推進に向けた栄養・食生活支援体制充実事業（平成30年度～）

(1)目的

地域包括ケアシステムの推進に向け、低栄養及びフレイル予防のための栄養・食生活支援体制の充実を図ることを目的として実施している。

<連携機関>

新潟県栄養士会魚沼支部、南魚沼都市医師会（在宅医療推進センター）、南魚沼市、湯沢町、管内介護保険事業所・医療機関、魚沼摂食嚥下診療研究会 他

V 南魚沼地域における地域包括システムの推進に向けた取り組みと行政栄養士の役割について

(2)実施内容

①食品摂取多様性スコアを活用した食品摂取状況調査

通所介護における栄養スクリーニングの普及、介護支援専門員向け食支援サポート媒体の作成及び配食事業者等への献立作成に関する具体的提案を行うため、通所介護、予防事業通所介護、配食サービス利用者、一般介護予防普及啓発事業参加者を対象に、食品摂取状況調査を行った。

②診療報酬・介護報酬算定状況調査

医療・介護連携の強化を図るため、平成30年度に改定された診療報酬及び介護報酬の算定状況を確認するための調査を行いました。新設された項目の多くは算定を検討している途中であるとの回答であった。算定に向けては、費用対効果（報酬単位と業務量）や業務量の増加（労働環境改善、働き方改革）に関する課題があげられており、制度に対する理解と併せ効率的な業務の実施について検討する必要があることが分かった。

③栄養ケアに従事する管理栄養士等を対象とした研修会

地域における栄養・食生活支援体制を充実するためには、栄養・介護施設間や施設・地域間のシームレスや栄養連携が重要であることから、医療・介護連携の強化を図り、栄養アセスメント力（栄養ケアプロセス）を向上するための研修会を開催した。

連携強化のための研修会におけるグループワークでは、「職域を超えた管理栄養士間の連携」、「地域において多職種が管理栄養士に気軽に相談できる体制」、「施設内外における食形態の共有化」、「管理栄養士業務の充実（事業の見直し、整理）」、「管理栄養士業務のPR（多職種との連携促進・理解促進）」が今後必要な取り組みとしてあげられていた。

4 行政栄養士の役割

地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域特性に応じて作り上げていることが重要であるとされている。

このことから、行政栄養士には、地域の実態から「栄養・食生活改善の課題」＝「必要性」を「見える化」し、その認識を多職種と広く共有するとともに、行政栄養士にしかできない地域における調整機能を活かした施策や事業を展開し、地域包括ケアシステムの充実を目指していく必要があると考える（P.64 図「地域包括ケアシステムにおける栄養・食生活支援体制」）。

市町村栄養士の役割としては、自治体の既存計画、関連データ及び各種事業を通じた実態把握から、高齢者の栄養・食生活課題を見える化した上で、関係部署や多職種と連携し、介護予防事業と保健事業（生活習慣病重症化予防、健康づくり・食育推進事業）を連動させた取り組みへと展開しながら、積極的に関わる事が望まれる。

また、保健所栄養士には、大きく、次の4つの役割があると考えられる。

- ①地域の実態把握～栄養課題の見える化→市町村の実態を俯瞰する～
- ②組織体制の整備～栄養ケア拠点の整備～
- ③社会資源の活用～食環境の充実とボランティアとの連携～
- ④人材育成～栄養・食生活改善の重要性に関する認識の普及～

V 南魚沼地域における地域包括システムの推進に向けた取り組みと行政栄養士の役割について

①地域の実態把握～栄養課題の見える化→市町村の実態を俯瞰する～

市町村の健康増進計画、食育推進計画、データヘルス計画、介護・福祉・保健計画などから、地域の健康・栄養課題や施策の方向性を把握し、医療・介護関係機関や多職種の意識・活動実態、配食サービスや食生活支援体制を構築するために現状や課題を構造的に整理し、必要な対策を「見える化」することが重要である。

②組織体制の整備～栄養ケア拠点の整備～

地域における管理栄養士等のマンパワー不足を補うためにも同職種及び多職種との連携強化を図る必要がある。

保健所栄養士は、健康増進法に基づいた特定給食施設に対する指導・助言や食育推進計画に基づいた食育事業などを通じて、医療・介護・福祉など各職域にいる管理栄養士等とネットワークを構築している。

また、保健所には、保健所長をはじめ、歯科医師・歯科衛生士、薬剤師、保健師など様々な職種が配置されている。

これらの強みを活かし、医療・介護関係者に対して情報発信、意識共有を図りながらネットワークを強化することは、栄養ケア拠点づくりの礎となる。

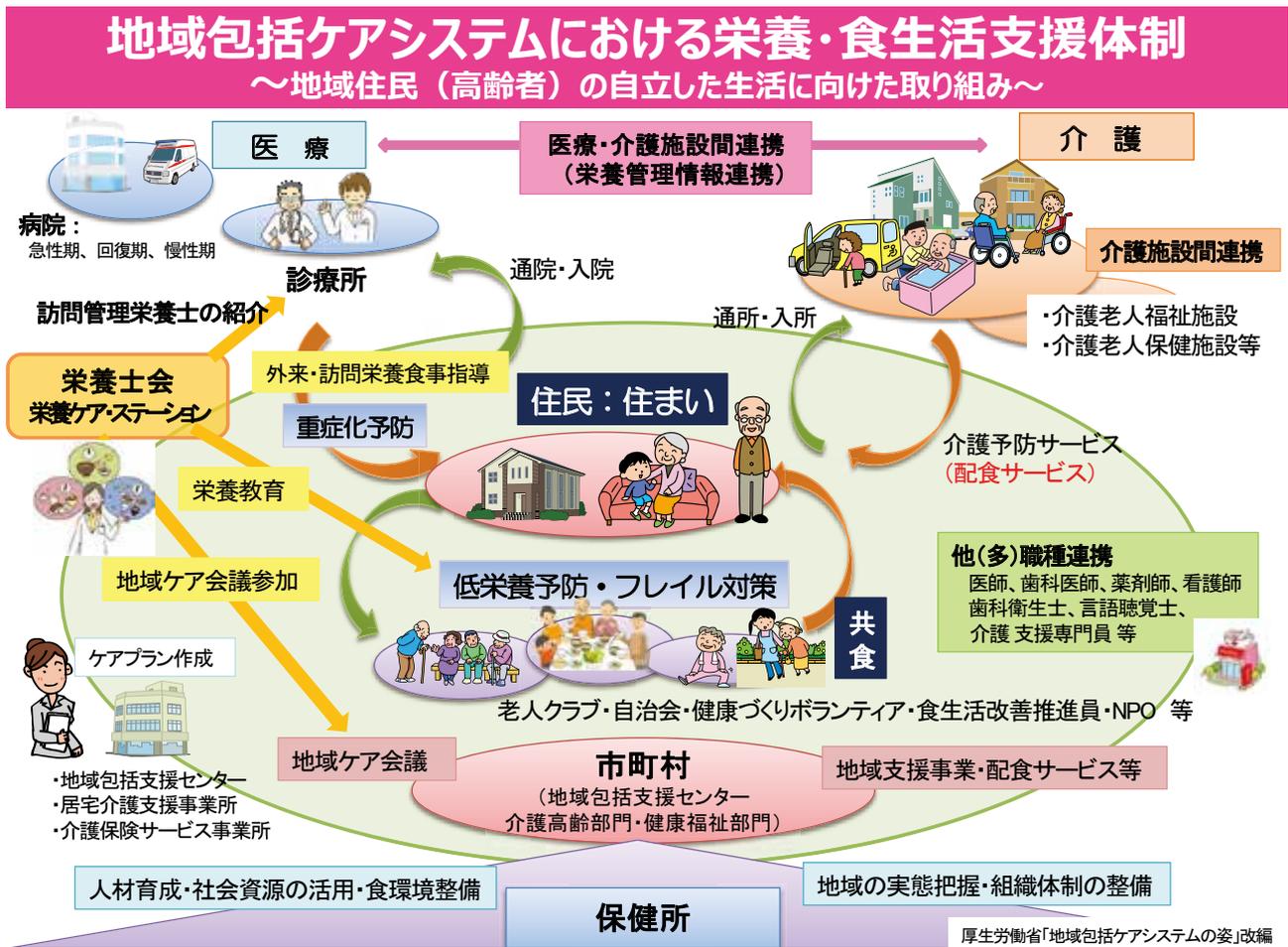
③社会資源の活用～食環境の充実とボランティアとの連携～

地域により社会資源の状況は異なりますが、食環境の充実を図る観点、また、マンパワー不足を補うためにも、配食サービスや食に関わるボランティアなど社会資源と連携する視点が必要である。

④人材育成～栄養・食生活改善の重要性に関する認識の普及～

市町村から要望が寄せられている栄養・食生活改善に関する事業プログラムや有効事例など具体的なノウハウを提供することを通じて、事業企画の推進支援や人材育成を進めていくことも考えられる。

また、地域包括ケアシステム推進の鍵は「栄養」と「食事」であり栄養・食生活が日々の生活を支える上で重要であることや、管理栄養士等による支援が有効であることを理解される表現で多職種や地域高齢者とその家族に伝え、理解者や支援者を増やしていくことが管理栄養士等の活動基盤（管理栄養士が活動しやすい土壌）の整備につながる。



5 おわりに

平成30年4月の診療報酬及び介護報酬の同時改定は、地域包括ケアシステムを推進する観点から行われており、栄養管理の専門職として管理栄養士への期待は大きく、退院後の栄養支援、介護施設での低栄養リスクの改善、医療・介護領域間の管理栄養士同士の連携など、改定項目は多岐に渡っている。

これらの改定項目の実施において、医療・介護領域の栄養部門の多くは少数精鋭体制であるため、行政栄養士は保健・医療・介護各領域の管理栄養士による相互連携や他（多）職種連携の強化、地域ネットワークの構築など「点」ではなく「面」での取り組みを積極的に行うことが望まれる。

地域包括ケアシステムの推進に向け、地域を俯瞰し多角的にアンテナを立て、地域の将来を思い描きながら、同職種や多職種の仲間と力を合わせ前進させることが行政栄養士の重要な役割であると考えられる。

VI 資料

VI 資料

在宅訪問栄養食事指導・資料

様式1 訪問栄養食事指導 チェックリスト (訪問時の控え・提出不要)

訪問日 月 日 時～ 時 回目

患者氏名		□男・□女	(明・大・昭) 年 月 日生 () 歳
特別食	調理担当者:	住所: 電話番号:()	
指示栄養量	エネルギー量 kcal たんぱく質 g 食塩 g	要介護度	1・2・3・4・5
現病名		要支援	1・2
既往歴		連携先	
家族構成		内服薬	
身長: cm 体重: kg BMI: (計測日～ /) 体重減少(有・無)(月から kg減少)		機能 嚥下 <input type="checkbox"/> 可能 咀嚼 <input type="checkbox"/> 可能 排泄 <input type="checkbox"/> 問題なし 食事介助 <input type="checkbox"/> 必要 会話 <input type="checkbox"/> 可能 その他	
MNA-SF () ポイント			
食事摂取状況 1日推定栄養摂取量 kcal 1日推定水分摂取量 ml 食事形態(主食 , 副食) とろみ⇒有、無(メーカー名)			
(朝食)	(昼食)	(夕食)	
kcal	kcal	kcal	
間食及び栄養補助食品			kcal
備考			
次回指導日 月 日 () 時 分～			

*様式2

訪問栄養食事指導 ご報告書

医療機関ご担当医 先生御侍史

管理栄養士

平成 年 月 日 (訪問日 月 日 時～ 時 回目)

患者氏名			□男・□女	(明・大・昭) 年 月 日生 () 歳
特別食	食	調理担当者：		住所：
指示栄養量	エネルギー量 kcal	たんぱく質 g	食塩 g	要介護度 1・2・3・4・5
病名				要支援 1・2
家族構成				連携先
S:主観的情報				
O:客観的情報				
身長：	cm	体重：	kg	BMI： (体重減少～)
				機能 嚥 下 <input type="checkbox"/> 可能 咀 嚼 <input type="checkbox"/> 可能 排 泄 <input type="checkbox"/> 問題なし 食事介助 <input type="checkbox"/> 必要 会 話 <input type="checkbox"/> 可能 備考
A:評価				
P:問題解決の為のプラン				

訪問栄養食事指導報告書をメールにて提出する際は実名ではなくイニシャルで願います

VI 資料

様式 3

平成30年度在宅医療（栄養）推進事業

在宅訪問栄養食事指導実施後アンケート（連携者の方へ）

（※該当するものに○印をつけてください。）

1. 今回の在宅訪問栄養食事指導のモデル事業実施状況についてお聞きします。

連携して「良かった」と思いますか？

（①とても良かった ②良かった ③まあまあ ④あまり良くなかった ⑤良くなかった）

2. 在宅訪問栄養食事指導の中でどの項目で連携をとりたいと思いますか？（複数回答可）

（①低栄養改善 ②介護食の作り方 ③治療中の食事療法 ④バランス食について

⑤食事の作り方 ⑥経腸栄養について ⑦栄養補助食品について

⑧食事に関する相談相手 ）

3. 管理栄養士は、訪問対象者（家族）とコミュニケーションがとれていたと思いますか？

（①とても良かった ②良かった ③まあまあ ④あまり良くなかった ⑤良くなかった）

4. 今後、機会があれば管理栄養士と連携して在宅訪問栄養食事指導をかかりつけ医に依頼しますか？

（①是非ともやりたい ②やりたい ③どちらでも良い ④あまりやりたくない ⑤やらない）

5. 今後、在宅訪問において管理栄養士にどのような活動を期待しますか？

様式 4

平成30年度在宅医療（栄養）推進事業

在宅訪問栄養食事指導実施後アンケート（訪問対象者の方へ）

（※該当するものに○印をつけてください。）

1. 今回、管理栄養士による在宅訪問栄養食事指導を受けてどうでしたか？

（①とても良かった ②良かった ③まあまあ ④あまり良くなかった ⑤良くなかった）

2. どのところが良かったですか？（複数回答可）

（①食事の作り方 ②介護食の作り方 ③治療食の内容について ④材料の選び方 ⑤食事の作り方（調理・献立） ⑥栄養補助食品の選び方 ⑦水分の取り方 ⑧とろみのつけ方 ⑨1日の食事がわかった ⑩主食とおかずの組み合わせ方 ）

3. 管理栄養士の話すことはわかりますか？

（①とてもわかりやすい ②わかりやすい ③わかりにくい）

4. 今後、機会があれば管理栄養士の在宅訪問栄養食事指導を受けたいですか？

（①是非とも受けたい ②受けたい ③どちらでも良い ④あまり受けたくない ⑤受けない）

5. 今回の訪問栄養食事指導を受けられた感想を、お聞かせ下さい。

VI 資料

様式5 症例集用のための書式（まとめ用）

症例 NO.			連携先		地区	
年齢	歳	性別			家族構成	
連携先からの 依頼内容				介護度	要介護（ ） 要支援（ ）	
訪問回数	回	（ / , / , / , / ）				
病名						
身体所見	身長： cm 体重： kg BMI：			MNA-SF（ ）ポイント		
栄養ケア目標						
S：主観的情報						
O：客観的情報						嚥下機能 <input type="checkbox"/> 可能 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 可能 排泄機能 <input type="checkbox"/> 問題なし 食事介助 <input type="checkbox"/> 必要 会 話 <input type="checkbox"/> 可能
A：評価						
P：問題解決の 為のプラン						
所見						

CKD 対策

平成30年度新潟市糖尿病性腎症重症化予防・資料

平成30年9月2日 新潟市健康講演会

糖尿病性腎症 重症化予防の食事について



新潟大学医歯学総合病院
栄養管理部 管理栄養士
村山稔子

糖尿病性腎症の進行を遅くするには
薬物療法とともに

1.生活習慣の改善

2.血糖コントロールによい 食事管理

3.腎臓にやさしい食事管理

1.生活習慣の改善

家庭血圧を測りましょう

禁煙

適正体重の維持

(BMI = 体重kg ÷ 身長m ÷ 身長m)

お酒を控えましょう

(1日日本酒なら1合以下)

適度な運動



2.血糖コントロールによい 食事管理

1日3食、食べましょう

適量の主食に主菜・副菜をそろえる

たっぷり野菜と毎日適量の果物を

(ビタミン・ミネラル・食物繊維の補給)

夜食、間食はほどほどに

野菜からよく噛んで腹八分目

3.腎臓にやさしい食事管理

塩分を控えましょう

エネルギーを

適正にとりましょう

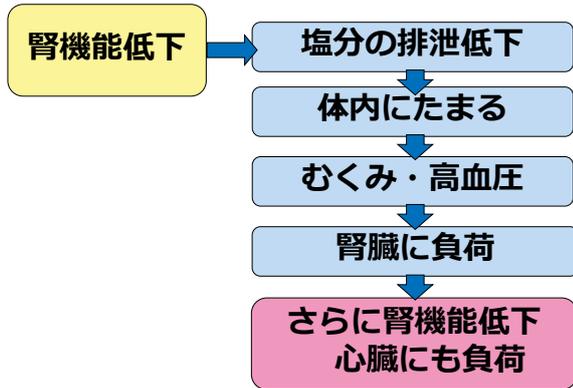
腎臓の病状に合わせ

たんぱく質をとり過ぎない

まずおすすめすること

- ①減塩
- ②毎日体重測定をする
- ③主食量を守る
- ④3食食べる
- ⑤間食を控える

CKDで塩分とり過ぎだと？



食塩摂取量の違いが その後の血圧上昇に与える影響



佐々木敏：栄養データはこう読む、女子栄養大学出版部。

日本人の食事摂取基準2015年版より

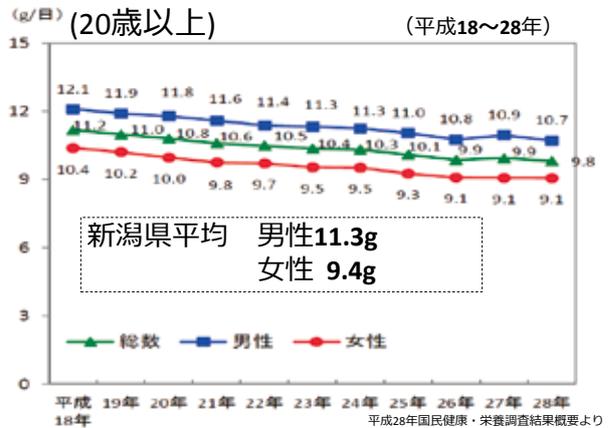
食塩摂取量の目標量

男性 **8g** 未満 女性 **7g** 未満

高血圧・CKDといわれたら

3g 以上 **6g** 未満

食塩摂取量の全国平均値の年次推移



ちょっとでも減らしてみましよう

注目！塩をとり過ぎ新潟県民の **10** の食習慣

<p>1 食事は満腹になるまで食べる</p>	<p>2 主食を薬ねて食べる (例：ラーメン+チャーハン、うどん+丼、丼+おにぎり+かつ丼)</p>	<p>3 丼もの・カレーライス・めん類を週3回以上食べる</p>
<p>4 惣物を1日に4回以上食べる (例：同じ料理を1日に2回食べた場合も2回と数えます)</p>	<p>5 酒け物を1日に2種類以上食べる</p>	<p>6 たらこやずしこ等を1日に1回以上食べる</p>
<p>7 めん類の汁を1/3以上飲む</p>	<p>8 濃い味付けを好んで食べる</p>	<p>9 外食を週に2回以上する</p>
<p>10 毎日飲酒する</p>		

新潟県民700人の食生活調査と家中ナトリウム量から算出した推定食塩摂取量をもとに解析 (新潟県立大学/2013-2015) 「新潟県栄養政策策定及び評価体制構築のためのデータ分析ワーキング」作成 (2015)

1日塩分6g未満にするために

～ その1 ～

麺類の汁は
残す・飲まない

レンゲを使わないことを
お勧めします

汁を残すと塩分はどのくらい？



1日塩分6g未満にするために

～ その2 ～

買い物の際は
栄養成分表示を見る

栄養成分表示

例) カップめん(〇〇兵衛)1食当たり

エネルギー	408 kcal
たんぱく質	10.6 g
...	...
ナトリウム	2.3g(麺、かやく0.7g) (スープ 1.6g)
(食塩相当量 5.8g)	

おすすめは
スープの量は
半分だけいれる!!

名称 惣菜
原材料名 ビーフン、キャベツ...
消費期限 別途表ラベルに記載
保存方法
製造者 〇〇〇屋
1包装当たり 熱量313kcal たんぱく質7.9g 脂質5.3g 炭水化物58.5g ナトリウム1.3g

➡ 食塩相当量3.2g

ナトリウム量から食塩相当量換算のめやす
食塩相当量(g)

$$= \text{ナトリウム量(g)} \div 0.4$$

$$= \text{ナトリウム量(g)} \times 2.54$$

ナトリウム量(g) 塩相当量(g)

0.4g ➡ 1.0g

1.0g ➡ 2.5g

1日塩分6g未満にするために

～ その3 ～

調味料は
計量スプーンなどで
計量する

減塩の調味料を
使用するとよいです

どこにどのくらい塩が入っているか
どのくらいの量なのか意識してみましょう

食塩を1g含む食品の目安量



食塩 1g
(小さじ1/6)



濃口醤油 7g
(小さじ1)



梅干し 6g
(正味4.5g)



みそ 8g
(小さじ1と1/2)



ウスターソース 12g
(小さじ2)



食パン 80g
6枚切 1と1/3枚

「別冊きょうの健康慢性腎臓病 NHK出版 2013より」

計量スプーン・キッチンスケール



小数点第1位まで
量れるものが便利



計量スプーンは 1 ml
もあると便利
100均でも売ってます

調理のときのほか
食卓でお皿に醤油を出すときにも
使ってみましょう!

計量スプーンの使い方
(塩・砂糖・みそなど)



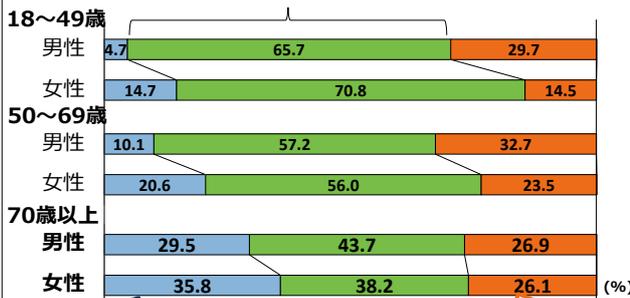
1日塩分6g未満にするための
まとめ

麺類の汁は飲まない

栄養成分表示をみる

調味料は計量スプーンを
使って計量する

(参考)日本人の性・年齢階級別の体格の分布
やせ過ぎ ← 適正 → 肥満



低栄養の予防が必要

肥満の予防が必要

体重管理は大切です

肥満

➡ 食事、運動、
生活習慣の見直し

やせすぎ

➡ 運動量は減らさない
食事、生活習慣の見直し

適正体重のめやす

年齢	目標とする体格指数 (BMI = 体重kg ÷ 身長m ÷ 身長m)
18~49歳	18.5~24.9
50~69歳	20.0~24.9
70歳以上	21.5~24.9

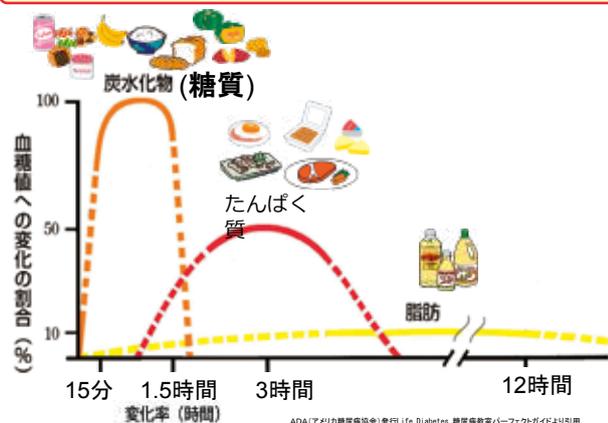
年齢	身長160cmの場合の 目標とする体重のめやす
18~49歳	47 ~ 64 kg
50~69歳	51 ~ 64 kg
70歳以上	55 ~ 64 kg

おすすめ

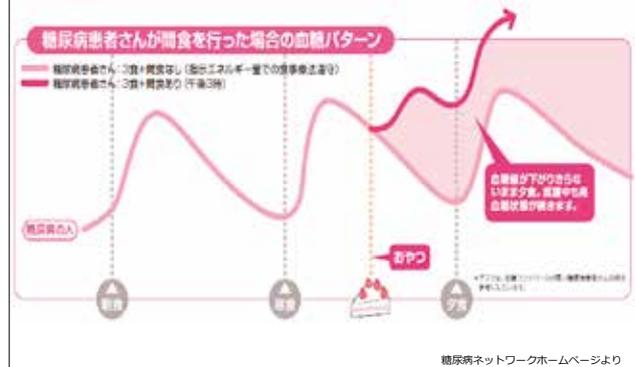
- ③ 主食量を守る
- ④ 3食食べる
- ⑤ 間食を控える

肥満予防
食後血糖が急に
上がりにくい

栄養素と食後血糖 ~血糖に変わる速度と割合~



間食をすると・・・



今がチャンスです!
できることから
食事を見直してみましよう♪

管理栄養士に
ご相談ください
応援します



CKDの食事療法

- ①塩分を控える
(食塩3g以上6g未満)
- ②エネルギーを適切にとる
- ③たんぱく質は控える
(腎機能に合わせた量をとる)

 **栄養状態を悪化させない**

1日の食事の目安量(例)

70歳男性 身長160cm 体重60kgの場合

慢性腎臓病(CKD)の場合

エネルギー 1400~2000 kcal

たんぱく質 35~60g

食塩 3g以上6g未満

病状や体格によって目安量は違います
カリウムを控える場合もあります

腎臓にやさしい食事 のポイント

- 1日3食しっかり食べる
- 主食・主菜・副菜そろえて食べる
- CKDの食事療法は病状に合わせ、塩分、たんぱく質を調整する

※医師・管理栄養士に要相談

市販食品の利用のポイント

調理済みの食品は

栄養成分表示を確認しましょう

- ①ナトリウム又は食塩相当量をみる
- ②表示単位は「1パック」当たりか
「100g」当たりか見る

野菜たっぷりポテトサラダ(小)
消費期限 17. 8. 1 本体価格 138円
保存方法 冷蔵(1~10℃) 税込価格 150円
原材料等の表示は反対面記載
1包装当り: 熱量177kcal 003921
蛋白質2.5g 脂質13.0g
炭水化物12.4g ナトリウム402mg

熱量	113 kcal
たんぱく質	1.2 g
脂質	9.6 g
炭水化物	6.5 g
糖質	4.4 g
食物繊維	2.1 g
食塩相当量	0.8 g

1日たんぱく質50gの食事（例）
主食とたんぱく質を多く含む食品の目安量

卵 1個	肉 30g	絹ごし豆腐 60g
		
ヨーグルト 80g	魚 45g 2/3切れくらい	ご飯 180g×3
		 × 3

低たんぱく質の主食
(たんぱく質調整食品)を
使うともっと増やせませす

＜ たんぱく質 6g 含有量交換例 ＞

卵 50g	肉 30g	魚 30g	絹ごし豆腐 120g	牛乳 180g				
	=		=		=		=	コップ1杯
=たんぱく質 6g								

＜ 主食のたんぱく質含有量 ＞

ごはん 150g	ごはん 180g	ごはん 200g	食パン6枚切り 1枚(60g)
			
たんぱく質3.8g	たんぱく質4.5g	たんぱく質5g	たんぱく質6g

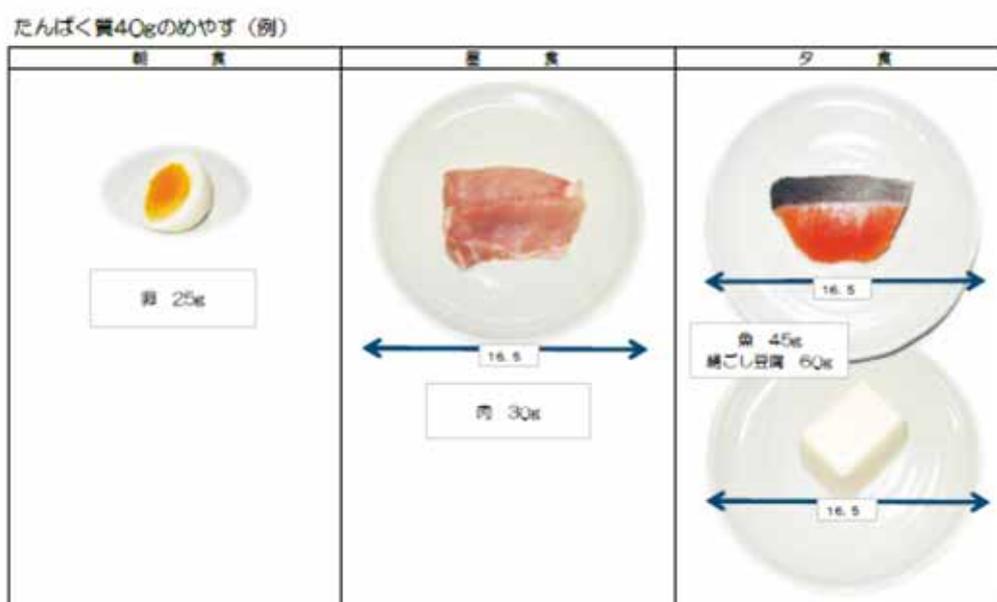
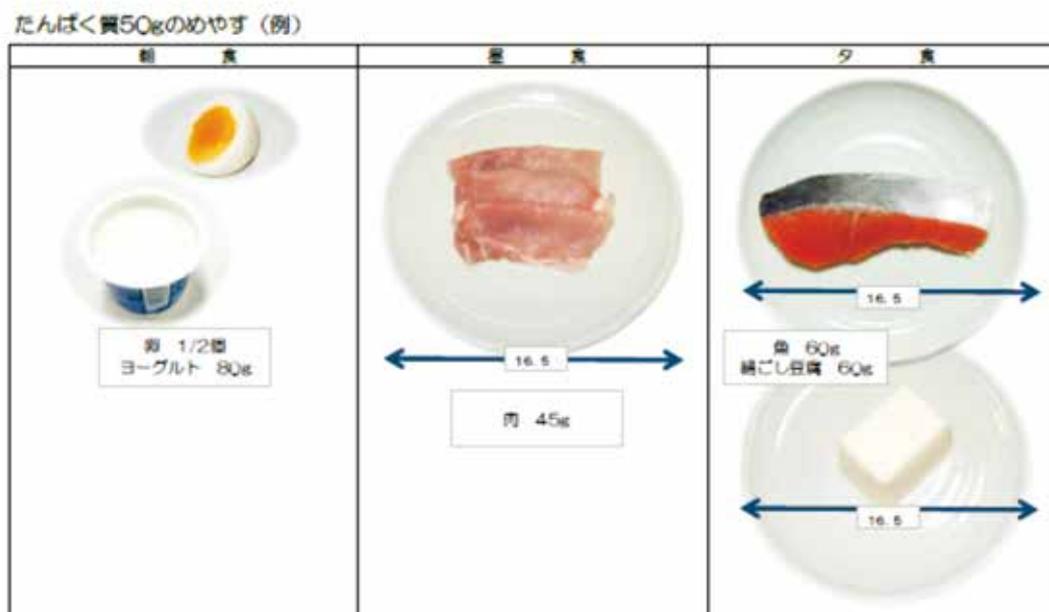
＜ たんぱく質調整食品の使用 ＞

低たんぱく質などの治療用調整食品を利用することもあります。
 目安量だけでなく、おかずとなる肉や魚などたんぱく質を多く含む食品を増やせます。

● 普通ごはん150gあたりのたんぱく質量3.8g
 ● 普通ごはん180gあたりのたんぱく質量4.5g
 ● 普通ごはん200gあたりのたんぱく質量5g
 ● 低たんぱく質ごはん180gあたりのたんぱく質量3.3g

→1食分や1日の量をゆすべす。
 →1食分や1日の量をゆすべす。

図1 指導媒体の一例



【CKD 重症度分類】

CKD 重症度分類	G2A2	G2A3	G3aA1	G3aA2	G3aA3	G3bA1	G3bA2	G3bA3
表示番号	1	2	3	4	5	6	7	8

図1 指導媒体の一例 (P21の再掲)

朝食に食べたもの

記入日 年 月 日

卵・大豆・魚・肉類

主 菜

野 菜
海そう・きのこ・こんにやくを含む

副 菜

ごはん・パン・麺類

主 食

汁もの・つけもの・つくだ煮



食べた時は、
○印をつけて下さい

昼食に食べたもの

卵・大豆・魚・肉類

主 菜

野 菜
海そう・きのこ・こんにやくを含む

副 菜

ごはん・パン・麺類

主 食

汁もの・つけもの・つくだ煮

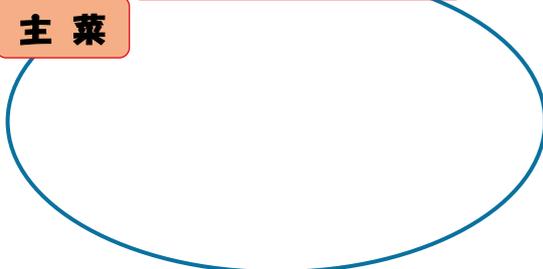


食べた時は、
○印をつけて下さい

夕食に食べたもの

主菜

卵・大豆・魚・肉類



副菜

野菜
海そう・きのこ・こんにやくを含む



主食

ごはん・パン・麺類



汁もの・つけもの・つくだ煮





食べた時は、
○印をつけて下さい

間食・おやつ・夜食・・・くだもの、お菓子、アルコール ジュース、健康食品など






あなたの1杯のごはんの量を教えてください。

・小盛 ・普通盛 ・大盛 _____ g

お名まえ

VI 資料

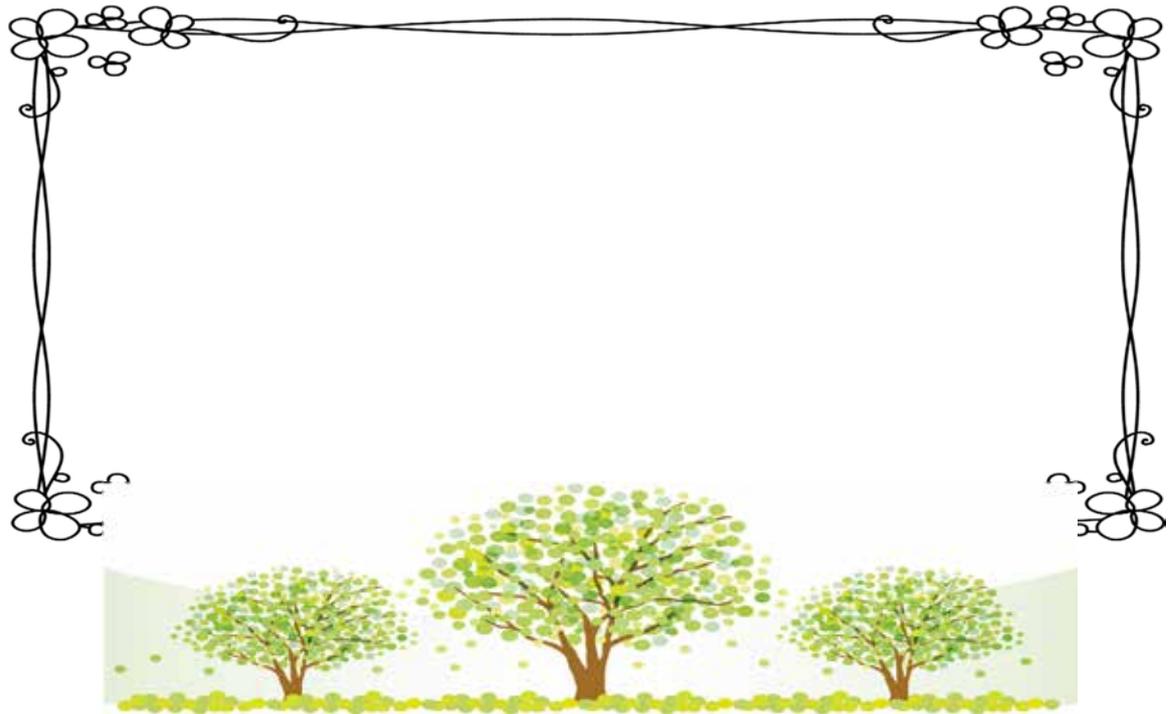
図1 指導媒体の一例 (P21の再掲)

行動目標シート

糖尿病性腎症予防のための目標

様

1回目(月 日)



家での食事作りや食べ方など、困ったことはありませんか？

なんでも気づいたことをメモにして、次回に相談してください。

メモ

管理栄養士

1日に食べる食事のめやす量

図表 ① DM23単位
様

(kcal・たんぱく質 g)

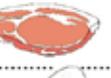
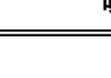
分類	単位	1840kcal(23単位) たんぱく質70gの場合の例			あなたのめやす量
		食品名	重量(g)	食品のめやす量	
表1 穀類	主食 12	ごはん 	200g ×3食	①ごはん200g×3食 食パン2枚(6枚切り)120g +ごはん200g×2食 ③乾麺 100g +ごはん200g×2食	②
	芋類 0.5	芋 	60		
表2 果物	1		150	中1/2個 又は冬みかん2個	
表3 魚類	4	 魚	70	魚中1切れ	
肉類		 肉	60	豚肉薄切り2~3枚	
卵			50	卵1個	
豆製品		木綿豆腐 	100	中1/3丁、又は納豆1パック	
表4 乳製品	1.5	牛乳	180	牛乳コップ1杯	
表5 油	2	植物油	20	大さじ2	
表6 野菜	1.2	緑黄色野菜	120	色々な野菜を 毎食100~120g程度	
		その他の野菜	240		
調味料	0.8	砂糖 	6	小さじ2	
		みりん			
		味噌	12	小さじ2	
その他					
~取り組んでみましょう~					

図表 ② DM20単位

1日に食べる食事のめやす量

様

(kcal・たんぱく質 g)

分類	単位	1600kcal(20単位) たんぱく質65gの場合の例			あなたのめやす量
		食品名	重量(g)	食品のめやす量	
表1 穀類	主食 9	 ごはん	150g ×3食	①ご飯200g×3食 ②食パン2枚(8枚切り) 90g +ご飯150g×2食 ③玉うどん 1玉 +ご飯150g×2食	
	芋類 1	 芋	60	じゃが芋 中1個	
表2 果物	1		150	中1/2個 又は冬みかん2個	
表3 魚類 肉類 卵 豆製品	4	 魚	70	魚中1切れ	
		 肉	60	豚肉薄切り2~3枚	
		 卵	50	卵1個	
		 木綿豆腐	100	中1/3丁、又は納豆1パック	
表4 乳製品	1.5	牛乳	180	牛乳コップ1杯	
表5 油	1.5	植物油	15	大さじ1杯半	
表6 野菜	1.2	緑黄色野菜	120	色々な野菜 每食100g~120g程度	
		その他の野菜	240		
調味料	0.8	 砂糖	6	小さじ2	
		 味噌	12	小さじ2	
その他					
~取り組んでみましょう~					

図表 ③たんぱく質50g 1,800Kcal

様

1日に食べる食事のめやす量 (

kcal・たんぱく質 g)

分類	1800kcal・たんぱく質50gの場合の例			あなたのめやす量
	食品名	重量(g)	食品のめやす量	
穀類	 ごはん	450	①ごはん150g×3食 +粉大さじ1(天ぷら衣等) ②食パン1枚(6枚切り)60g +ごはん120g×2食 ③ゆでうどん1玉 +ごはん120g×2食	
	小麦粉	10		
魚類	 魚	60	魚中1切れ、又はえび小4尾	
肉類	 肉	45	豚肉薄切り2~3枚	
卵	 卵	25	卵1/2個	
豆製品	 絹ごし豆腐	60	中1/5丁、又は納豆1/2パック	
乳製品	ヨーグルト	90	小1個	
芋類	芋	100	じゃが芋 中1個	
野菜	緑黄色野菜	100	色々な野菜を 毎食70~100g程度	
	その他の野菜	200		
果物	 果物	100	りんご1/3	
砂糖	 砂糖	20	大さじ2	
でんぷん	 春雨・片栗粉	25		
油脂類	油	20	大さじ2弱	
その他 エネルギー補給食品	ヤクルト	65	1本	
	ビスケットソフト	15	1枚	
~取り組んでみましょう~				

VI 資料

図表 ④ たんぱく質40g 1,600Kcal
様

1日に食べる食事のめやす量 (kcal・ たんぱく質 g)

分類	1600kcal・たんぱく質40gの場合の例			あなたのめやす量
	食品名	重量(g)	食品のめやす量	
穀類	 ごはん 小麦粉	450 10	①ごはん150g×3食 +粉大さじ1(天ぷら衣等) ②食パン1枚(6枚切り)60g +ごはん120×2食 ③ゆでうどん1玉 +ごはん120g×2食	
	魚類	魚	45	魚小1切れ、又はえび小3尾
肉類	肉	30	豚肉薄切り1～2枚	
卵	卵	25	卵1/2個	
豆製品	絹ごし豆腐	60	中1/5丁、又は納豆1/2パック	
乳製品				
芋類	芋	100	じゃが芋 中1個	
野菜	緑黄色野菜	100	合わせて 毎食70～100g程度	
	その他の野菜	200		
果物	果物	100	りんご1/3	
砂糖	砂糖	20	大さじ2	
でんぷん	春雨・片栗粉	20		
油脂類	油	20	大さじ2弱	
その他 エネルギー 補給食 品等	ヤクルト	65	1本	
～取り組んでみましょう～				

表2 糖尿病性腎症予防のための チェックシート

管理栄養士 _____

P25再掲

対象者番号	ふりがな 氏名				性別	男・女	M・T・S	年	月	日生	歳				
治療中の病気	無・有 ()				服薬状況	無・有 ()									
家族状況	独居・同居者 () ・調理担当者 () ・食事指導を受けたこと ある ない				生活状況	I 不自由 (調理や歩行、買い物がつらい) II 少し不自由 (家事・買い物などまあまあやれる) III 普通 (家事、買い物に支障はない) IV 活発 (生活活動に運動もプラスしている)									
身長	cm	体重	kg	1回目	2回目	3回目	BMI	1回目	2回目	3回目	就寝時間	1回目	3回目		
				kg	kg	kg		kg/m ²					:	:	
指導前後の比較				改善・良維持・悪維持			改善・良維持・悪維持				改善・良維持・悪維持				
人と比較した 食べる速度	1回目		3回目		比較		食事時間	1回目		3回目		比較		指導前後の比較 計	
	早い		早い		改善			朝食 :		朝食 :		改善		改善 /20	
	普通		普通		良維持			昼食 :		昼食 :		良維持		良維持 /20	
	遅い		遅い		悪維持			夕食 :		夕食 :		悪維持		悪維持 /20	
質問項目・評価尺度												1回目 /	3回目 /	指導前後の比較	
1	自分の健康状態を良くするために、自分で食事の調整をできると感じますか？ ① できる ② どちらかといえばできる ③ できない ④ やるつもりはない													改善・良維持・悪維持	
2	食塩摂取について改善しようと思えますか？ ① すでに改善に取り組んでいる(6か月以上) ② 改善できるよう進めている。 ③ 改善したいと思う。 ④ 改善するつもりはない													改善・良維持・悪維持	
3	1日3回、定期的に食事食べていますか？ ① 毎日3食 ② 毎日2食 ③ 毎日1食 ④ 食事回数は不規則である。(欠食 回/週 朝・昼・夕)													改善・良維持・悪維持	
4	毎日の食事に、主食(ごはん、麺、パン)と主菜(肉・魚・卵・大豆製品)・副菜(野菜、海藻、きのこ)の3つが揃っていますか？ ① 毎食揃っている。 ② 1日2回揃っている ③ 1日1回揃っている ④ 揃っていないことが多い。													改善・良維持・悪維持	
5	副菜として、野菜(きのこ、海藻を含む)を食べていますか？ ① 毎日食べる (回/日) ② 時々(週3~5回程度) ③ たまに(週1~2回位) ④ ほとんど食べない													改善・良維持・悪維持	
6	毎食/一品(肉・魚・卵・豆腐)食べていますか？ ① 毎食食べる ② 時々(週3~5回程度) ③ たまに(週1~2回位) ④ ほとんど食べない													改善・良維持・悪維持	
7	肉・魚・卵・豆腐をかたよらないで食べていますか？ ① 毎日平均して4種類食べている ② 時々かたよる(週3~5回程度) ③ たまにかたよる(週1~2回位) ④ 考えていない。													改善・良維持・悪維持	
8	肉・魚をどのくらいの頻度で食べますか？ ① 毎日食べる(回/日) ② 時々(週3~5回程度) ③ たまに(週1~2回位) ④ ほとんど食べない													改善・良維持・悪維持	
9	卵・豆腐をどのくらいの頻度で食べますか？ ① 毎日食べる(回/日) ② 時々(週3~5回程度) ③ たまに(週1~2回位) ④ ほとんど食べない													改善・良維持・悪維持	
10	牛乳・ヨーグルトをどのくらい食べますか？ ① 毎日食べる(回/日) ② 時々(週3~5回程度) ③ たまに(週1~2回位) ④ ほとんど食べない													改善・良維持・悪維持	
11	油を使った料理を食べていますか？ ① 毎日食べる(回/日 どんな料理) ② 時々(週3~5回程度) ③ たまに(週1~2回位) ④ ほとんど食べない													改善・良維持・悪維持	
12	習慣的にお菓子を食べていますか？ ① 食べない ② たまに(週1~2回位) ③ 時々(週3~5回程度) ④ 毎日食べる。(何をどのくらい?)													改善・良維持・悪維持	
13	夕食後に食事以外の夜食とする習慣がありますか？ ① 食べない ② たまに(週1~2回位) ③ 時々(週3~5回程度) ④ 毎日食べる。(何をどのくらい?)													改善・良維持・悪維持	
14	お酒を飲む習慣はありますか？ ① 飲まない ② たまに(週1~2回位) ③ 時々(週3~5回程度) ④ 毎日(何をどのくらい?)													改善・良維持・悪維持	
15	タバコ ① 吸わない ② 1日に1本以上 ③ 10本以上 ④ 20本以上 ⑤ 30本以上													改善・良維持・悪維持	
1回目				2回目				3回目							
□初回時 問題 有り								今後の栄養支援について							
栄養食事指導目標				栄養食事指導目標				栄養食事指導目標							
概算：摂取エネルギー Kcal /日 たんぱく質 g/日・食塩 g/日								概算：摂取エネルギー Kcal /日 たんぱく質 g /日・食塩 g /日							

表3 (P25の再掲)

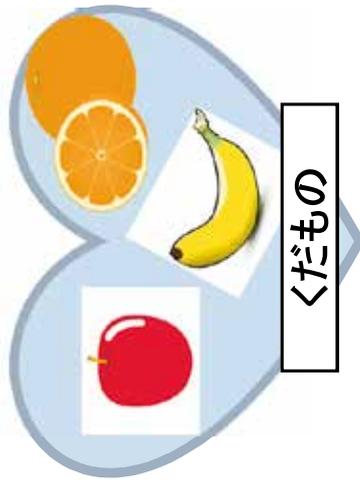
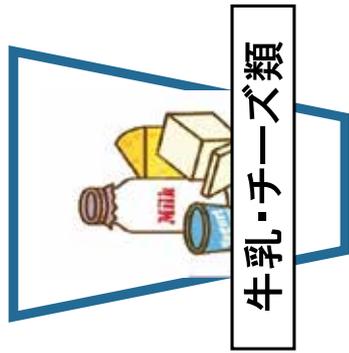
食塩のとり過ぎチェックシート (実施結果の前後比較)

対象番号	氏名	
性別	<input type="checkbox"/> 男性 (2.5)	<input type="checkbox"/> 女性 (0)
年齢	<input type="checkbox"/> 20～50歳代 (2.5)	<input type="checkbox"/> 60歳代 (2)
表1の小計 点		

合計点数	推定食塩量	食塩のとりすぎ度
0-1	約 7g/日	ほぼ目標値です。
2-3	約 8g/日	このまま「ちよいしお生活」続けましょう
4-5	約 9g/日	やや摂りすぎです
6-7	約10g/日	減塩食品も賢く利用しながら「ちよい塩生活」始めましょう
8-9	約11g/日	とりすぎです
10-11	約12g/日	食生活を少し変えてみませんか
12-13	約13g/日	「ちよい塩生活」はじめましょう
14-15	約14g/日	かなりとり過ぎです
16以上	約15g/日	目標の倍以上の塩をとっている可能性が！

		1回目			3回目			点
1	食事は満腹になるまで食べますか？	<input type="checkbox"/> よくある (2.5)	<input type="checkbox"/> ときどきある (2)	<input type="checkbox"/> ほとんどない(0)	<input type="checkbox"/> よくある (2.5)	<input type="checkbox"/> ときどきある (2)	<input type="checkbox"/> ほとんどない(0)	
2	主食を重ねて食べますか？	<input type="checkbox"/> 週3回以上 (1)	<input type="checkbox"/> 週2回以下 (0)	<input type="checkbox"/> 週3回以上 (1)	<input type="checkbox"/> 週2回以下 (0)	<input type="checkbox"/> 週4回以上 (0)		
3	丼物、カレーライス、めん類を食べる頻度は？	<input type="checkbox"/> 週5回以上 (1)	<input type="checkbox"/> 週4回以上 (0)	<input type="checkbox"/> 週5回以上 (1)	<input type="checkbox"/> 週4回以上 (0)	<input type="checkbox"/> 週4回以上 (0)		
4	1日に煮物は何皿食べますか？	<input type="checkbox"/> 4皿以上 (5)	<input type="checkbox"/> 2～3皿 (1.5)	<input type="checkbox"/> 1皿以下 (0)	<input type="checkbox"/> 4皿以上 (5)	<input type="checkbox"/> 2～3皿 (1.5)	<input type="checkbox"/> 1皿以下 (0)	
5	1日に漬物は何種類食べますか？	<input type="checkbox"/> 2種類以上 (1)	<input type="checkbox"/> 1種類以下 (0)	<input type="checkbox"/> 2種類以上 (1)	<input type="checkbox"/> 2種類以上 (1)	<input type="checkbox"/> 1種類以下 (0)		
6	魚卵を食べる頻度は？	<input type="checkbox"/> 1日1回以上(0.5)	<input type="checkbox"/> 2日1回以下 (0)	<input type="checkbox"/> 1日1回以上(0.5)	<input type="checkbox"/> 2日1回以上(0.5)	<input type="checkbox"/> 2日1回以下 (0)		
7	めん類の汁を飲みますか？	<input type="checkbox"/> 1/3以上 (1.5)	<input type="checkbox"/> ほとんど飲まない (0)	<input type="checkbox"/> 1/3以上 (1.5)	<input type="checkbox"/> 1/3以上 (1.5)	<input type="checkbox"/> ほとんど飲まない(0)		
8	外食の頻度	<input type="checkbox"/> 週2回以上(1.5)	<input type="checkbox"/> 週1回以下 (0)	<input type="checkbox"/> 週2回以上(1.5)	<input type="checkbox"/> 週2回以上(1.5)	<input type="checkbox"/> 週1回以下 (0)		
9	濃い味付けを好んで食べますか？	<input type="checkbox"/> はい (1)	<input type="checkbox"/> いいえ (0)	<input type="checkbox"/> はい (1)	<input type="checkbox"/> はい (1)	<input type="checkbox"/> いいえ (0)		
10	お酒を飲む頻度は	<input type="checkbox"/> 毎日 (1.5)	<input type="checkbox"/> 時々/ほとんど飲まない(0)	<input type="checkbox"/> 毎日 (1.5)	<input type="checkbox"/> 毎日 (1.5)	<input type="checkbox"/> 時々/ほとんど飲まない(0)		
表2の小計		点			点			
表1 + 表2の合計		点 (推定食塩量 g)			点 (推定食塩量 g)			

Ⅲ 在宅訪問栄養食事指導相談事業・資料



(公社) 新潟県栄養士会

1日の食事

主食とおかず(主菜・副菜)を組み合わせて食べましょう。

1,500~1,600Kcal



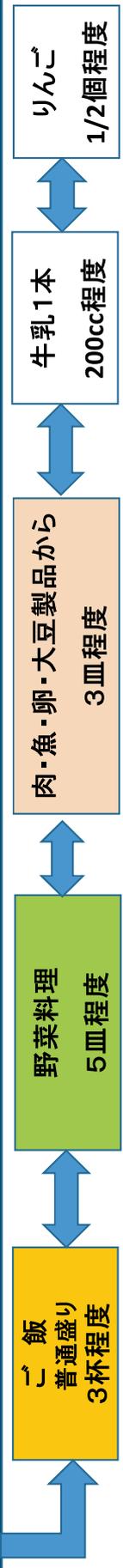
シニア世代が元気で健康な生活を送るために

老化としっかり向きあって、その進行を遅らせる工夫が大切です

栄養バランスのとれた食事・・・主食・副菜・主菜の三つを基本にして、牛乳や果物を上手にとり入れましょう。



1日にとりたい食事のめやす シニア世代の多くが該当する 1,400～2,000Kcalの方の適量の目安



農林水産省「食育実践活動推進事業・平成23年度より

平成30年度在宅医療(栄養)推進事業

在宅訪問栄養食事指導実践集

発行：平成 31 (2019) 年 3 月

公益社団法人 新潟県栄養士会

〒951-8052 新潟市中央区下大川前通 4 ノ町 2230 番地

エスカイア大川前プラザ108号

TEL 025-224-5966 FAX 025-224-0510
