

「栄養サマリー」運用の経緯 及び 令和3～4年度のアンケート結果報告

奈良県中和保健所
健康増進課 健康づくり推進係

1. 「栄養サマリー」運用の経緯

2. 令和3年～4年度のアンケート調査結果 の概要報告

栄養管理における多職種間連携強化支援事業ワーキング委員

～平成27年度

平成28年度～

令和4年度～

背景

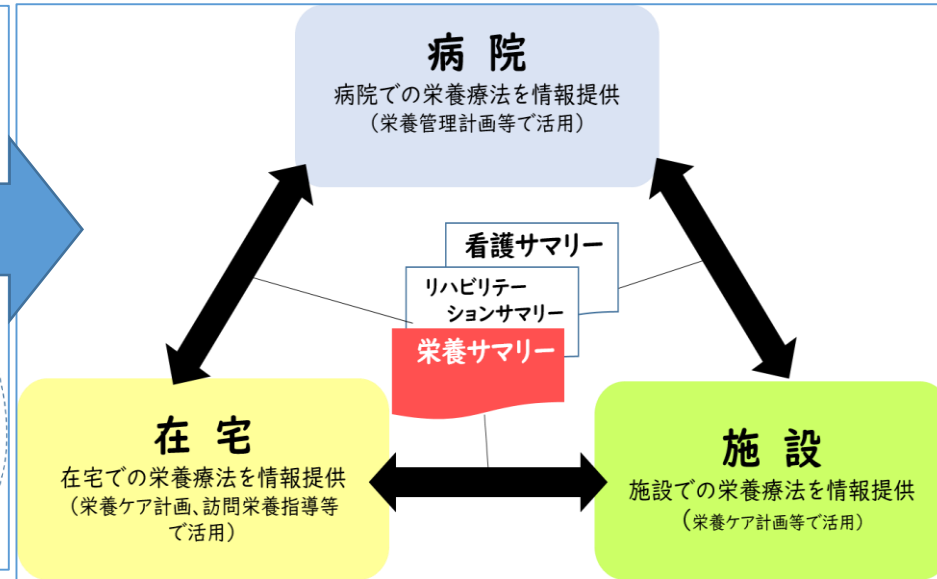
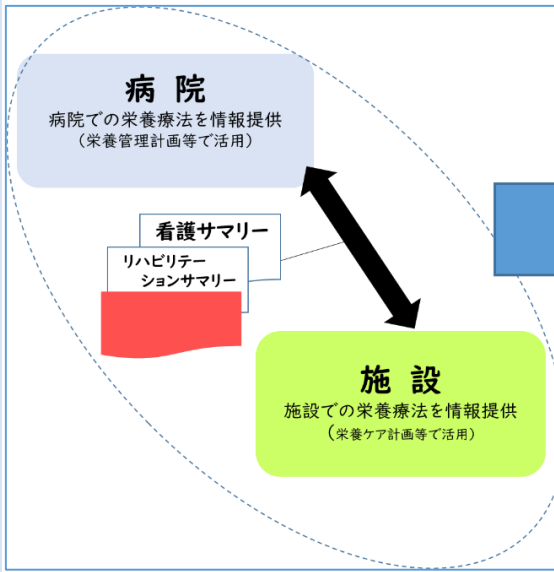
(事務局)
葛城保健所

- ・病院から施設入所や施設から入院する際の、食事の内容、形態、栄養状態等の継続した栄養管理を行うための共通伝達ツールが必要

- ・在宅療養者や要介護者の増加
- ・住み慣れた地域で安心して暮らせる仕組みづくりが必要

体制

●葛城集団給食管理研究会で検討し栄養サマリーや食事形態一覧表を作成



所属

病院・高齢者施設

病院・高齢者施設 + 地域包括支援センター★
・居宅介護支援事業所★・訪問看護ステーション★

職種

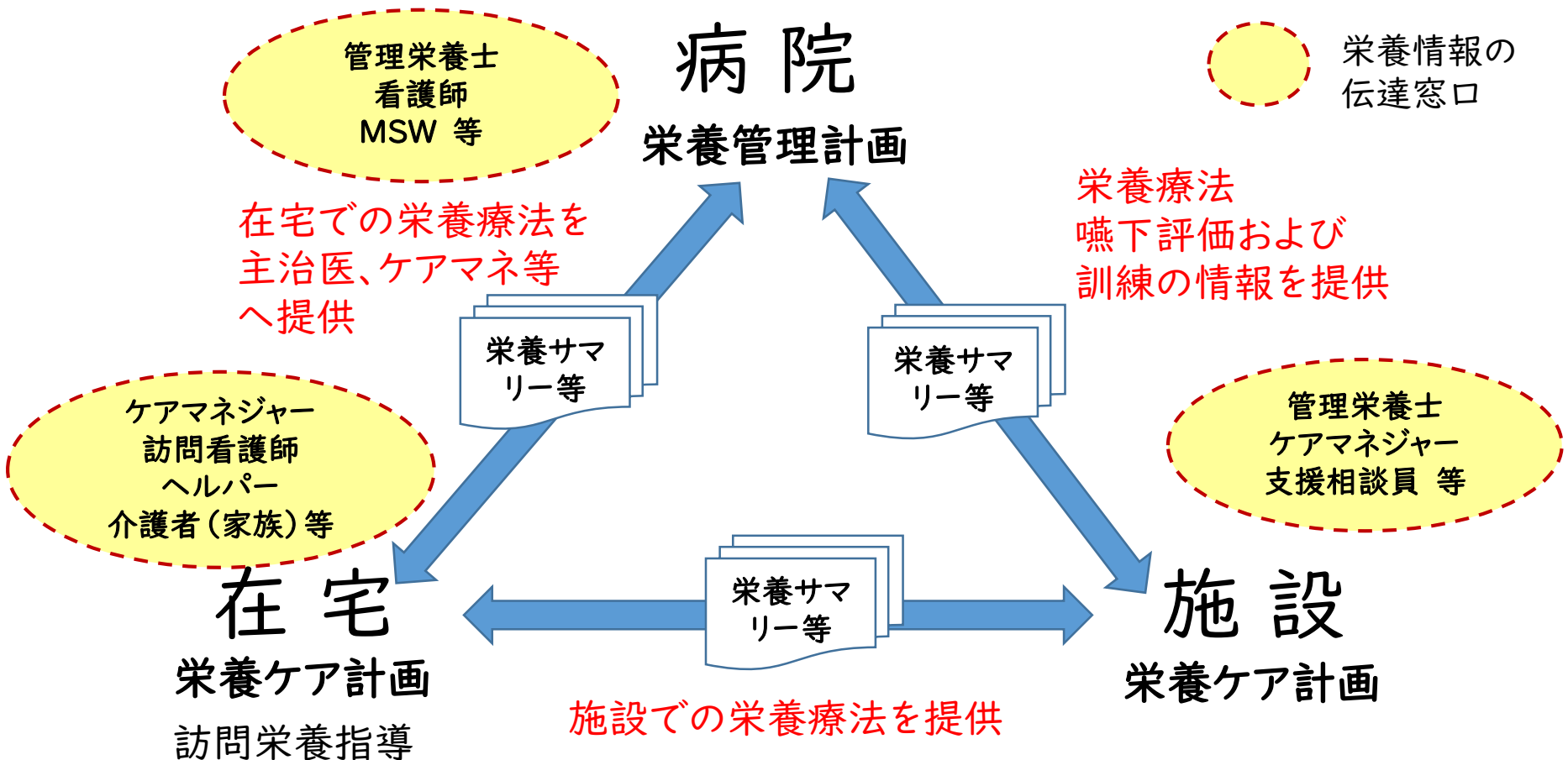
管理栄養士・栄養士

管理栄養士・栄養士
+ ケアマネジャー★・看護師★

(★:東和医療圏)

医療から介護までの一貫した栄養管理

病院や介護・福祉施設等の療養者の栄養管理情報を相互に活用できるツール（以降「栄養サマリー等」）を作成し、急性期から回復期、在宅復帰まで栄養サマリーを活用することにより継続した栄養管理の提供をめざす。



保健所が連携体制の構築を支援

「栄養サマリー等」を活用した 病院と介護・福祉施設の継続した栄養管理の取り組み！

目的

在宅療養者や要介護者が増加する中、療養者が医療機関や介護・福祉施設等で受けた栄養管理や食生活サービスが途切れることなく提供され、住み慣れた地域で安心して暮らせる仕組みづくりが必要である。

そこで、保健所と管内の病院と介護・福祉施設が連携し栄養サマリー等を作成し、効果的に活用することにより療養者の適切な栄養管理システムの構築を図る。

平成28年度

平成29年度

平成30年度

栄養サマリーの検討

モデル施設による 運用と見直し

栄養サマリーの運用 施設の拡大

- ワーキング会議の開催
・栄養サマリー等や食形態一覧表の作成。
・効果的な運用方法の検討
- 研修会の開催
栄養士・管理栄養士と連携した地域包括ケアシステム」

- 病院や介護・福祉施設等でモデル運用(12施設)
- ワーキング会議の開催
・アンケート調査の集計、課題の明確化。
・栄養サマリー等の見直しや効果的な運用方法等の検討。
- 研修会の開催
医療から介護まで、多職種が連携した栄養・食生活支援を目指して

- ワーキング会議開催
- 栄養サマリー等新様式の配布
- 栄養サマリー等活用後の実績報告
- 栄養サマリー等の運用施設の拡大を目指したアンケート調査の実施
- 研修会の開催

栄養サマリー運用施設数

7

12

「栄養サマリー等」を活用した 病院と介護・福祉施設の継続した栄養管理の取り組み2

目的

在宅療養者や要介護者が増加する中、療養者が医療機関や介護・福祉施設等で受けた栄養管理や食生活サービスが途切れることなく提供され、住み慣れた地域で安心して暮らせる仕組みづくりが必要である。

そこで、保健所と管内の病院と介護・福祉施設が連携し栄養サマリー等を作成し、効果的に活用することにより療養者の適切な栄養管理システムの構築を図る。

令和元年度

他職種への 栄養サマリーの周知

- ワーキング会議の開催
- ・効果的な運用方法の検討
- ・他職種に周知するためのチラシ作成及び配付場所の検討
- ・栄養サマリー運用アンケート調査の内容検討
- チラシの配布
- アンケート調査の実施

24

令和2年度

栄養サマリー活用状況と 今後に向けた検討

- 新型コロナウイルス感染症感染拡大防止のため中止
- アンケート調査の実施
 - ~~ワーキング会議の開催~~
 - ~~効果的な運用方法の検討~~
 - ~~アンケート調査結果分析~~
 - ~~他職種に周知するためのチラシの見直し及び配付場所の検討~~

36

令和3年度

栄養管理における多職 種間連携強化

- ~~ワーキング会議開催~~
- ~~研修会の開催~~
- アンケート調査の実施
- 東和医療圏ケアマネ・訪問看護師等への説明・実態調査

51

栄養管理における多職種間連携強化支援事業

目的

在宅療養者や要介護者が増加する中、療養者が医療機関や介護・福祉施設等で受けた栄養管理や食生活サービスが途切れることなく提供され、住み慣れた地域で安心して暮らせる仕組みづくりが必要である。

そこで、保健所と管内の病院と介護・福祉施設が連携し栄養サマリー等を作成し、効果的に活用することにより療養者の適切な栄養管理システムの構築を図る。

令和4年度(案)

多職種・在宅への 栄養サマリーの周知

- ワーキング会議の開催
 - ・東和医療圏のケアマネ、訪問看護師等含むワーキング委員の選定
 - ・令和元年～3年度アンケート調査結果分析
 - ・栄養サマリーの多職種・在宅栄養管理における活用検討(様式、解説書)
- 西和(3町)、中和地区への展開
- 研修会の開催
- アンケート調査の実施

令和5年度(予定)

他医療圏への展開

- ワーキング会議の開催
- 中和地区等への展開
- 研修会の開催
- アンケート調査の実施

令和6年度(予定)

栄養サマリーの運用 施設の拡大

- ワーキング会議の開催
- 御所・檀原・高市地区への展開
- 研修会の開催
- アンケート調査の実施

1. 「栄養サマリー」運用の経緯

2. 令和3年～4年度のアンケート調査結果 の概要報告

●令和3年度「食支援」に関するアンケート調査

【対 象】東和医療圏のケアマネジャー及び訪問看護師等

【調査期間】令和3年7月～11月 【回収率】70.6%(72施設:(133人)/102施設)

●令和3年度「栄養サマリー」に関するアンケート調査

【対 象】東和医療圏のケアマネジャー及び訪問看護師等

【調査期間】令和4年3月～4月 【回収率】32.4%(33施設:(52人)/102施設)

●令和4年度「栄養サマリー」の運用に関するアンケート調査

【対 象】中和保健所管内特定給食施設等(管理栄養士・栄養士がいる施設)

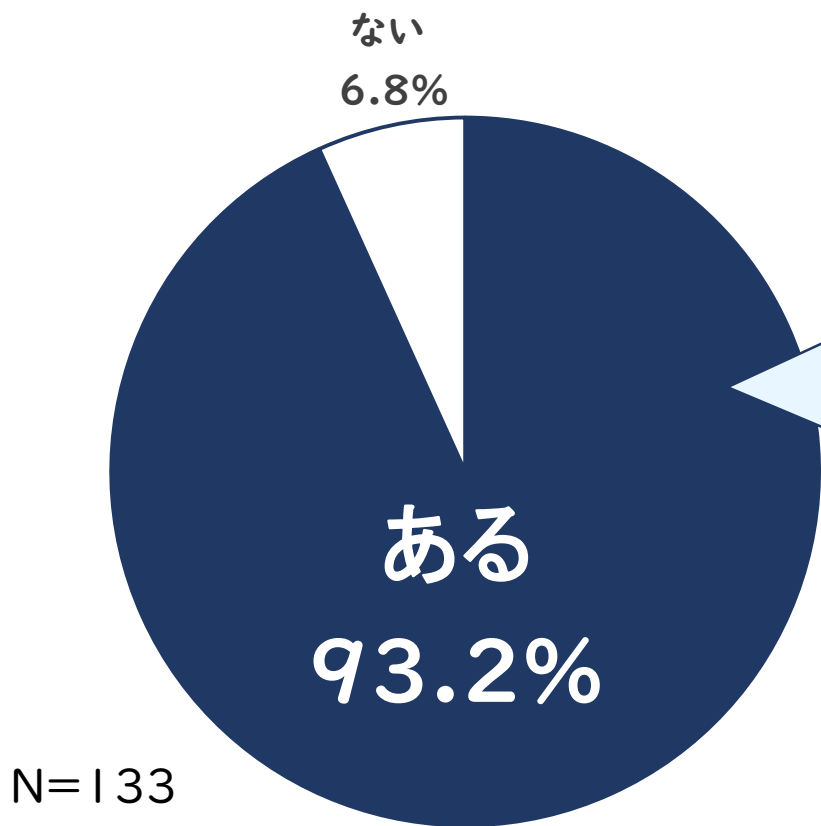
【調査期間】令和4年6月～8月 【回収率】51.1%(71施設/139施設)

※栄養サマリーの運用に関するアンケート結果は、令和元年度からの経年データを含みます。

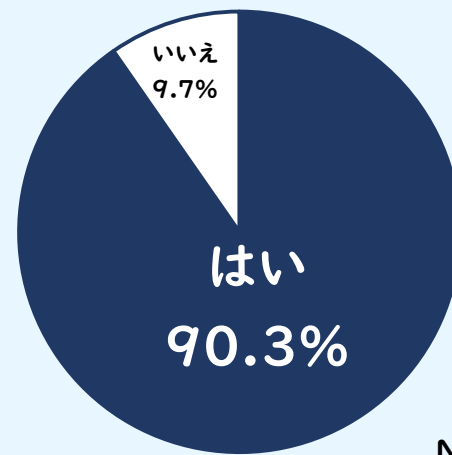
- 1. 在宅における、食支援の必要性**
- 2. 食支援のための情報ツール**
- 3. 病院・施設・在宅を結ぶ情報ツールの活用**

食支援が必要だと感じたことはありますか

ケアマネジャー及び訪問看護師等



認識した課題に対して、支援を行いましたか。



食支援が必要と感じている専門職種が93.2%、認識した課題に対して支援を行ったのは90.3%。（専門職種：ケアマネジャー、看護師等）

「食支援」が必要と認識した課題

■ 食支援課題分類別の内容

ケアマネジャー及び訪問看護師等 (n=124)

分類	内容	回答数
食事内容	嚥下能力低下(パーキンソン・脳腫瘍)	28
	治療食(糖尿、腎臓、胃切、減塩)	30
	食事困難・食事量低下(腎がん、歯の状態)	25
	食生活の偏り	4
栄養及び身体状態	身体・血液検査	13
	褥瘡	4
	咀嚼	8
	嚥下	5
	食欲	1
	その他	6
在宅での食環境	本人家族の認識不足、食材の調理指導・支援	10
	独居、高齢者	8
	低収入	1
	食事の摂取困難	2
栄養指導の実施	食事内容検討・説明	10
	栄養補助食品の導入	5
	水分がとれるよう支援	1
その他	介護者の支援体制	1
	高齢者への指導困難	1
	ニーズに沿ってチームで介入	1

認識した課題に対して、支援を行いましたか(1)

■食支援の分類別内容

分類	内容	回答数
食事内容	食事のおせ込み・食形態確認	3
	食形態・食事内容の検討	9
	食形態変更	12
ADL	食事姿勢を直す	1
家族への 情報提供・説明	補助食品	6
	配食サービス	6
	調理方法	2
	食形態	4
	病院紹介	2
	病状説明	1
	観察報告	2
	ケアの変更	1
	助言	揚げ物控える
助言	食形態	2
	咀嚼しやすい食品サンプル提供	1
	食べさせ方	2

ケアマネジャー及び訪問看護師等 (n=120)

分類	内容	回答数
支援 (導入・増加)	配食サービス	10
	買い物・調理支援	5
	デイサービスやヘルパー等のサービス利用	5
	通所介護	2
	舌接触補助床の装置	1
	ポジショニング説明	4
	マッサージ	4
	介助・声かけ	4
	嚥下機能訓練・評価	7
	VE検査	2
	入れ歯調整	1
	口腔ケア	1
	体操	1
栄養指導の 実施	栄養補助食品の提案	10
	栄養指導	10
	サンプル・パンフ提供	7
その他	施設と意見交換・相談	2
	病院受診に付き添い	1
	自立支援会議で相談	1
	関われる時間が少ない。(他の処置が優先)	1
	相談できる栄養士が近くにいない。	1
	担当者会議開催	1

(記述回答抜粋)

認識した課題に対して、支援を行いましたか(2)

■職種別の支援内容

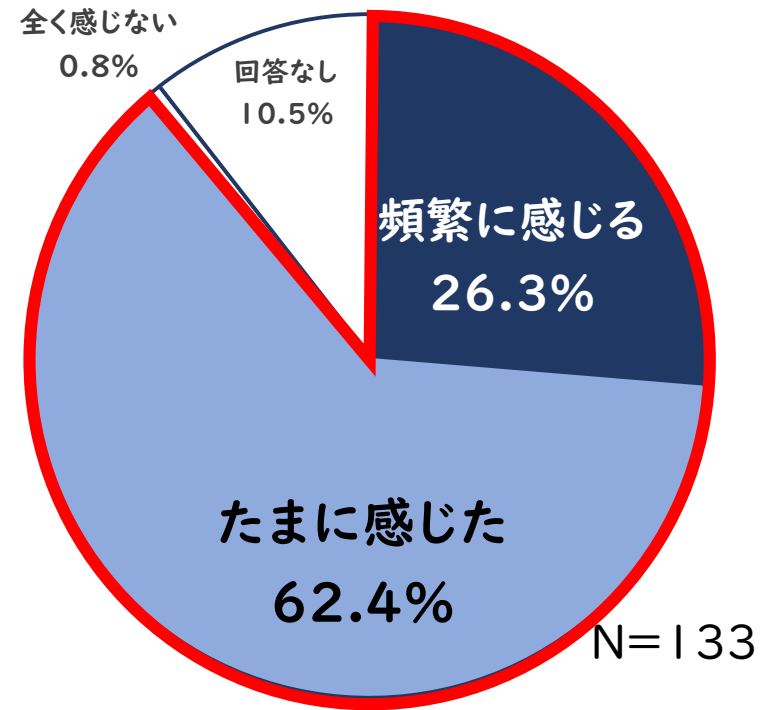
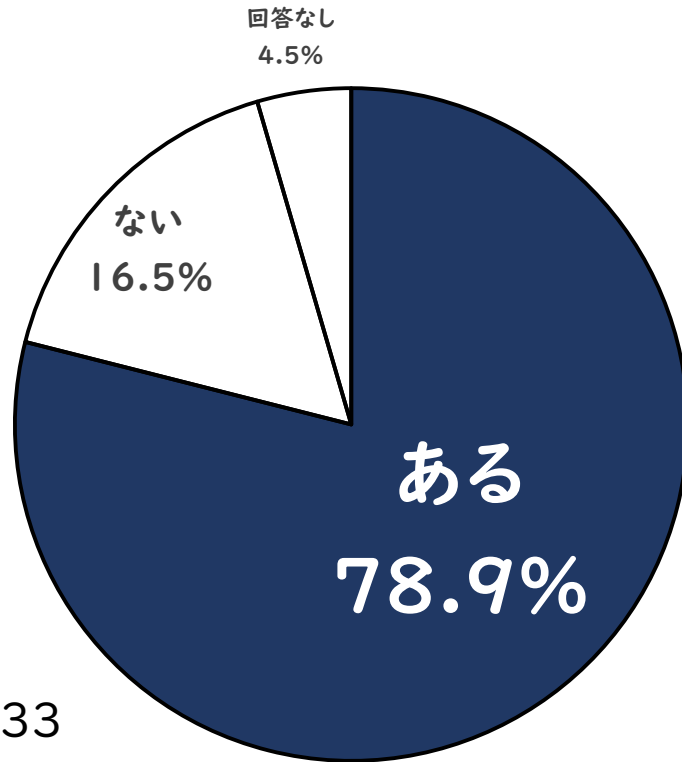
ケアマネジャー及び訪問看護師等 (n=120)

職種	内容	件数
医師	治療・判断・説明・相談(内服)	17
	VE検査・栄養剤処方	
歯科医師	入れ歯調整	1
言語聴覚士	相談・リハビリ	3
歯科衛生士	訪問・介入・支援	5
ケアマネジャー	相談・連携	3
訪問看護師	相談・支援・アドバイス	7
	食事づくりの指導	
訪問介護	指導、アドバイス・食事介助	4
	介入・連携	
包括支援センター	相談	1
管理栄養士	指導、アドバイス、資料提供	14
	訪問・介入・連携	
摂食嚥下認定看護師	居宅管理指導	1
ST	リハビリ指導・連携	4
ヘルパー	食事支援	2

(記述回答抜粋)

「食」に関して多職種連携のご経験はありますか

多職種連携による「食支援」が必要であると感じたことはありますか



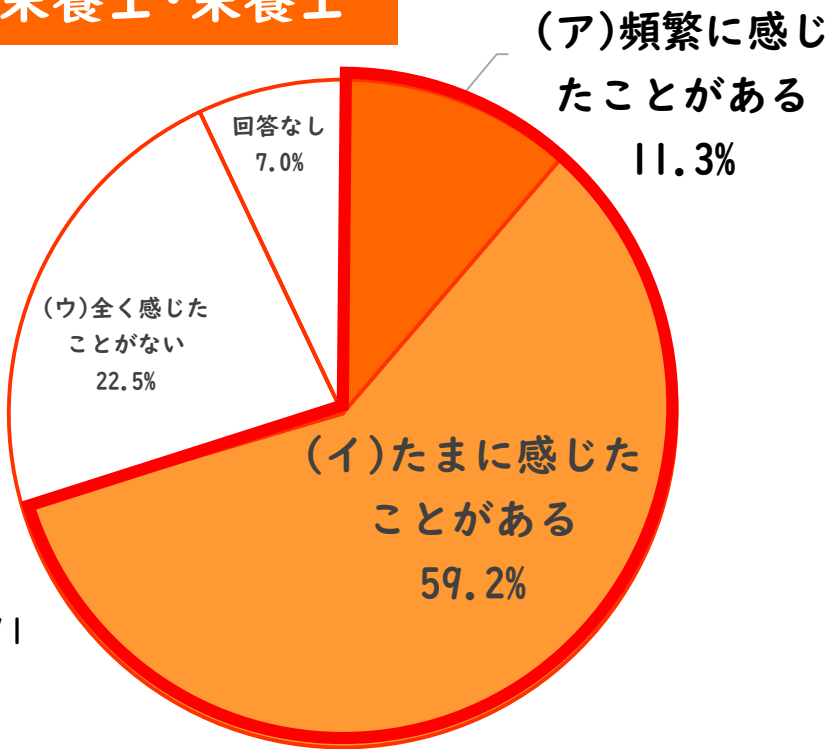
ケアマネジャー及び訪問看護師等

多職種連携の経験がある
専門職種は78.9%。

多職種連携による「食支援」が
必要と感じる専門職種は88.7%。

これまでのお仕事の中で、多職種連携による「在宅の食支援」が必要であると感じたことはありますか。

特定給食施設等の
管理栄養士・栄養士



多職種連携による「食支援」が必要と感じる専門職種は70.5%。

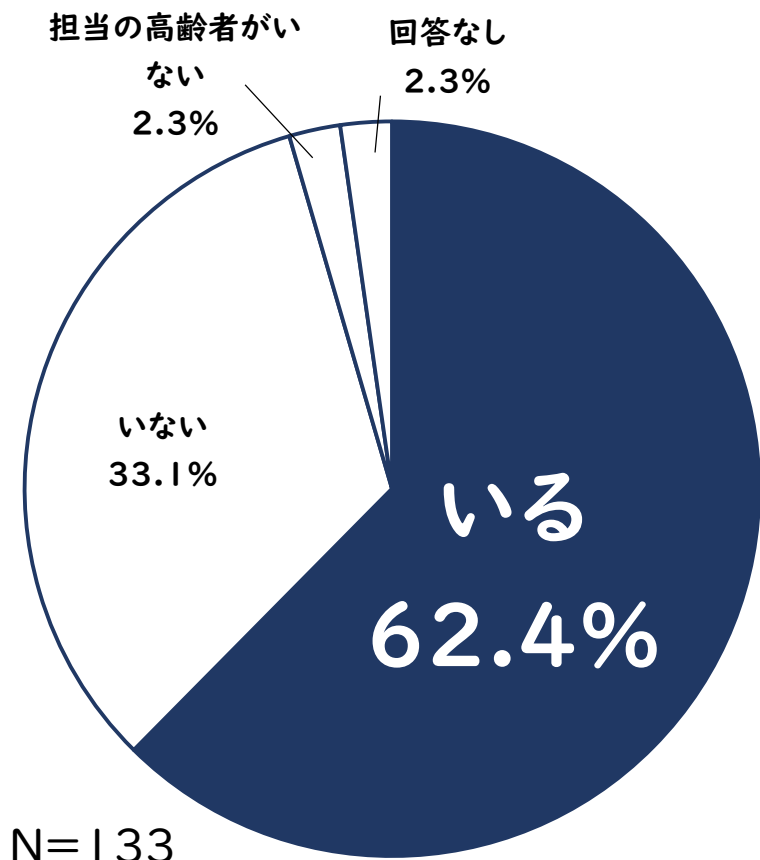
管理栄養士・栄養士が「在宅の食支援」が必要であると感じた対象者

- 独居で疾患や認知症がある方
- 高齢の方
- 介護度の高い方
- 嚥下障害がある方
- 病状に合わせた食事ができない方
- 夫婦2人暮らして疾患がある方
- 家庭で介護食を作ることが困難な方
- ショートステイやデイサービス利用者で、食事摂取困難な方
- 独居で周辺に支援者がいない障害者

など

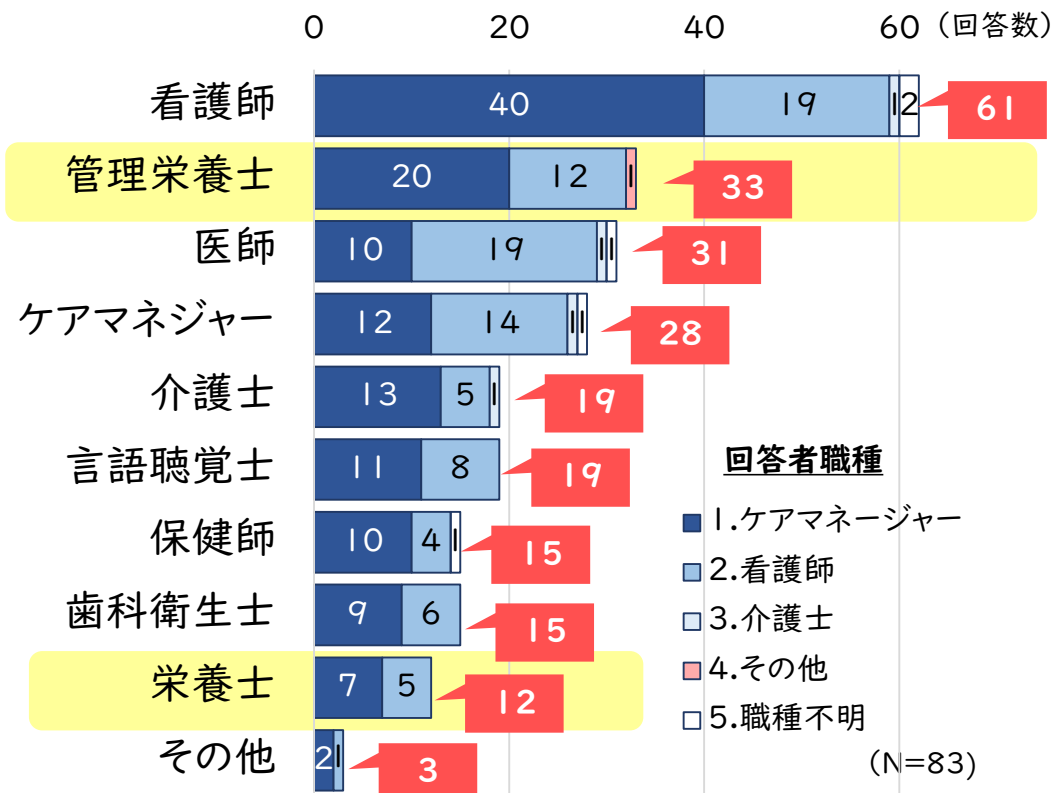
※「頻繁に感じた」「たまに感じたことがある」と回答した方は、どんなところで必要と感じたか(自由記述)より、必要と感じた対象者を抜粋

8. 高齢者の「食」について専門的な意見が欲しい時に、 気軽に連絡できる専門家はいますか。



ケアマネジャー及び訪問看護師等

気軽に相談できる専門家の職種(複数回答)



気軽に連絡できる専門家がいます専門職種は62.4%。
その専門家は看護師、管理栄養士、医師の順に多い。

1. 在宅における、食支援の必要性

2. 食支援のための情報ツール

3. 病院・施設・在宅を結ぶ情報ツールの活用

「入院時情報提供書」、「退院調整情報共有書」、
「看護サマリー」などで、情報の共有・連携を行っている。



栄養・食生活の状態を示す項目はあるが、
食支援に関する具体的な情報が不足している。

例)

- ・お粥の柔らかさはどのくらい？量は？
- ・トロミはどのくらいつけたらいいの？
- ・刻み食の大きさは？
- ・食事時のベットのリクライニングの角度は？ など

入院時情報提供書

入院時情報提供書

*FAXで情報提供の場合は個人情報欄を消すこと

御中

入院日:平成 年 月 日
作成日:平成 年 月 日

■ 食事:自立・見守り・一部介助・全介助

- ・嚥下状態(良・不良)
- ・摂食状況(良・不良)
- ・普通・軟菜・刻み・ペースト・トロミ
- ・経腸栄養
- ・箸・スプーン・自助具

■ 調理:自立・見守り・一部介助・全介助

□ 福祉用具) □ その他(内容:)							
自立	見守り	一部介助	全介助	自立	見守り	一部介助	全介助				
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下状態(良・不良) 嚥下状況(良・不良) 普通・軟菜・刻み・ペースト・トロミ 経腸栄養 箸・スプーン・自助具	外出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯(無・有)(上・下・全部)	買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	杖 歩行器 車椅子 シルバーカー	洗濯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		掃除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
起居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		金融管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴不可(シャワー・浴拭) 自宅(浴室)・訪問入浴・通所系サービス	視力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	普通・視力低下あり・眼鏡(無・有) 視野狭窄・視野欠損・全盲			
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		聴力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	普通・やや聴聴・聴聴・補聴器(無・有)			
排洩	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	トイレ・ポータブル・尿器・おむつ オムツ(常時・夜間のみ) 失禁(無・有)・時々なり・常時有り 下剤使用(無・有) 洗滌(無・有)	言語	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	支障なし・はっきりしない・話せない			
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自己管理の状況	理解	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	支障なし・やや困難・できない			
医療処置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	認知 認知症 精神面 精神状態(疾患)(無・有)) 認知症の原因疾患: リハビリ等 リハビリテーション(無・有) 頻度: 回/週 / 運動制限(無・有) / リハビリ・運動制限の内容: 麻痺:なし・右下肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他 / 拘縮:なし・肩関節・肘関節・股関節・膝関節・その他	睡眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	長期・時に不眠・不眠(時間) 睡眠剤使用(無・有)			
その他(ご本人の性格・望む暮らし・心身状況・生活環境・習慣・介護力・医療上の注意点等)								運動機能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	麻痺:なし・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他 拘縮:なし・肩関節・肘関節・股関節・膝関節・その他

[注]入院時情報連携加算の算定には、国の通知等に拠る算定条件を満たす必要があります。

(H30.4 作成)

退院調整情報共有書

退院調整情報共有書

*ケアマネジャーが面談やカンファレンスで収集した情報をまとめるシートです

ふりがな	性別	生年月日
氏名	男・女	明・大・昭 年 月 日(歳)
住所	入院期間(予定)	
TEL	年 月 日 ~ 年 月 日(予定)	
要介護度	(未申請・区分変更中・新規申請中・非該当) 総合事業対象者 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)	

■ 食事:自立・見守り・一部介助・全介助

- ・嚥下状態(良・不良)
- ・摂食状況(良・不良)
- ・普通・軟菜・刻み・ペースト・経腸栄養
- ・箸・スプーン・自助具
- ・制限(無・有)
- 制限内容(塩分・水分・その他)

自立	見守り	一部介助	全介助	備考
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下状態(良・不良) 嚥下状況(良・不良) 普通・軟菜・刻み・ペースト・経腸栄養 箸・スプーン・自助具
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯(無・有)(上・下・全部)
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□手引き □杖 □歩行器 □シルバーカー □車いす □スリッパ □杖・補助具 □その他()
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
起居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	起き上がり(可・不可) 座位保持(可・不可) 立ち上がり(可・不可) 立位保持(可・不可) 寝返り(可・不可)
入浴(洗身)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	洗身(不可・行っていない) 入浴制限(無・有) (シャワー・清拭・その他()) 入浴時の留意点:
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
排洩	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	トイレ・ポータブル・尿器・おむつ(常時・夜間のみ)・リハビリ用(常時・夜間のみ) 失禁(無・有) 下剤使用(無・有) 洗滌(無・有)
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1回配薬・1日配薬 睡眠 良眠・時に不眠・不眠(時間) 睡眠剤使用(無・有)
認知・精神面	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	認知症高影響の日常生活自立度(自立・I・IIa・IIb・IIc・III・IV・M) 認知症の原因疾患: 精神状態(疾患)(無・有)) 認知症の原因疾患: 認知症の原因疾患: 認知症の原因疾患: 認知症の原因疾患:
リハビリ等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	リハビリテーション(無・有) 頻度: 回/週 / 運動制限(無・有) / リハビリ・運動制限の内容: 麻痺:なし・右下肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他 / 拘縮:なし・肩関節・肘関節・股関節・膝関節・その他
療養上注意する事項				
情報提供機関名	TEL			
面談日時	年 月 日 / 午前・午後 時 分 ~ 時 分	面談者(所属・氏名)		

[注]退院・通所加算の算定には、国の通知等に拠る算定条件を満たす必要があります。

(H31.2 改訂)

看護サマリー（急性期）

看護サマリー（急性期）

転院先医療機関：

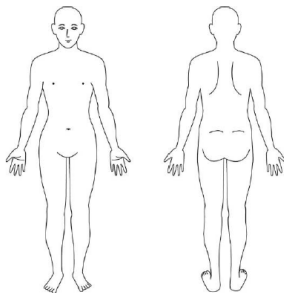
作成日

ふりがな	性別	生年月日	年齢	入院期間
		日		～
■アレルギーの有無		アレルギーの有無 内容		
・食品、薬品、その他		食品		
		薬品		
		その他		
緊急連絡先 ①	続柄	自宅	感染症	
		携帯	飲酒	
②	続柄	自宅	喫煙	本/日
		携帯	身長	cm 体重 kg
診断名	既往歴			

■食事

- ・動作（全介助、一部介助、見守り、自立）
- ・形態（普通、軟菜、きざみ、ミキサー、流動、ゼリー、注入、絶食）

家族	
活動	麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
移動	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立
動作	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立
食事	形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 流動
	<input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> 注入 <input type="checkbox"/> 絶食
日常生活	動作 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立
排泄	方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿
	<input type="checkbox"/> パルーン 最終排便日 /
清潔	動作 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立
方法	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可
退院時行っている医療処置	
備考	



施設名 _____ 記載者 _____

私は上記の情報を病院に報告することを承諾いたします。

責任者 _____

署名 _____

本人・本人との続柄 _____

看護サマリー（回復期）

看護サマリー（回復期）

施設名

作成日

ふりがな	性別	生年月日	年齢	入院期間
		日		～
■アレルギーの有無		アレルギー 内容		
・食品、薬品、その他		食品		
		薬品		
		その他		
緊急連絡先 ①	続柄	自宅	感染症	
		携帯	飲酒	
②	続柄	自宅	喫煙	本/日
		携帯	身長	cm 体重 kg
診断名	既往歴			

■食事

- ・摂食行動（自立、一部介助、全介助）
- ・嚥下状態（良・不良）
- ・食種（一般、特別食）
- ・食事形態（常食、全粥、キザミ、ミキサー、ペースト）
- ・経管栄養（経鼻、胃瘻、腸瘻）
- ・義歯（無、有）

日常生活	摂食行動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	嚥下状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
食事	食種 <input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 特別食 kcal
	食事形態 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ペースト
	経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻
	義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
日常生活	排泄行動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄	方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ
	<input type="checkbox"/> パルンカテーテル Fr 次回交換日 /
清潔	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 最終 /
	口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない ()
精神面	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> その他 ()
退院指導	医療処置

施設名 _____ 記載者 _____

私は上記の情報を病院に報告することを承諾いたします。

責任者 _____

署名 _____

本人・本人との続柄 _____

看護サマリー (在宅用)

看護サマリー(在宅用)

施設名	作成日																																																									
ふりがな	性別	生年月日	年齢	入院期間																																																						
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>アレルギーの有無 ・食品、薬品、その他</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>アレルギー</th> <th>内容</th> </tr> <tr> <td>食品</td> <td></td> </tr> <tr> <td>薬品</td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td></td> </tr> </table> </div>											アレルギー	内容	食品		薬品		その他																																									
アレルギー	内容																																																									
食品																																																										
薬品																																																										
その他																																																										
緊急連絡先	①	②	住所	自宅	電話番号	性別	年齢	職業	身長	体重																																																
社会資源	介護認定の有無	判定	障害者手帳	判定	利用事業所名																																																					
診断名	既往歴																																																									
入院中の経過(看護経過)	病状についての説明と受け止め方及び要望																																																									
病室	本人 家族																																																									
生活自立度	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2																																																		
認知機能	<input type="checkbox"/> Ⅰ	<input type="checkbox"/> Ⅱa	<input type="checkbox"/> Ⅱb	<input type="checkbox"/> Ⅲa	<input type="checkbox"/> Ⅲb	<input type="checkbox"/> Ⅳ	<input type="checkbox"/> M																																																			
食事	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>嚥下状態</td> <td><input type="checkbox"/> 良好</td> <td><input type="checkbox"/> 不良</td> <td>咀嚼状況</td> <td><input type="checkbox"/> 良好</td> <td><input type="checkbox"/> 不良</td> <td>注意障害</td> <td><input type="checkbox"/> 有</td> <td><input type="checkbox"/> 無</td> </tr> <tr> <td>主食</td> <td><input type="checkbox"/> 普通</td> <td><input type="checkbox"/> 軟飯</td> <td><input type="checkbox"/> かゆ</td> <td><input type="checkbox"/> 重湯</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>副食</td> <td><input type="checkbox"/> 普通</td> <td><input type="checkbox"/> 軟菜</td> <td><input type="checkbox"/> 刻み</td> <td><input type="checkbox"/> ペースト</td> <td><input type="checkbox"/> トロミ</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>食事方法</td> <td><input type="checkbox"/> 箸</td> <td><input type="checkbox"/> スプーン</td> <td><input type="checkbox"/> 自助具</td> <td><input type="checkbox"/> 経管栄養</td> <td><input type="checkbox"/> 胃ろう</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>制限</td> <td colspan="9"> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (内容: <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他) </td> </tr> </table> </div>										嚥下状態	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	咀嚼状況	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	注意障害	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	主食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 軟飯	<input type="checkbox"/> かゆ	<input type="checkbox"/> 重湯					副食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 軟菜	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> ペースト	<input type="checkbox"/> トロミ					食事方法	<input type="checkbox"/> 箸	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> 自助具	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう					制限	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (内容: <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他)								
嚥下状態	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	咀嚼状況	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	注意障害	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無																																																		
主食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 軟飯	<input type="checkbox"/> かゆ	<input type="checkbox"/> 重湯																																																						
副食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 軟菜	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> ペースト	<input type="checkbox"/> トロミ																																																					
食事方法	<input type="checkbox"/> 箸	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> 自助具	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう																																																					
制限	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (内容: <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他)																																																									
口腔清潔	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可																																																								
移動	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	手引き	<input type="checkbox"/> 杖	歩行器	車椅子	シルバーカー	ストレッチャー	器具・特殊具																																																	
起居	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	起き上がり	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	座位保持	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	立位保持	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可																																															
入浴(洗身)	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	洗身	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	入浴介助	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (内容: <input type="checkbox"/> ショウ	清拭	その他																																																
更衣	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可																																																								
排泄	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	トイレ	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	オムツ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	排泄管理																																																	
服薬管理	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	1回服薬	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	1日服薬	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	服薬管理																																																	
睡眠	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 睡眠剤使用	その他	住宅改修	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	寝具																																																	
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可																																																								
認知・精神面	<input type="checkbox"/> 認知症(痴呆) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容: <input type="checkbox"/> 認知症(痴呆) <input type="checkbox"/> 痴呆 <input type="checkbox"/> 痴呆)																																																									
リハビリ	<input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容: <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 音楽療法 <input type="checkbox"/> 認知症対応型 <input type="checkbox"/> 認知症対応型)																																																									
必要な医療処置	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 点滴・注射 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養																																																									
介護情報	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 家族の支援体制 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有																																																									

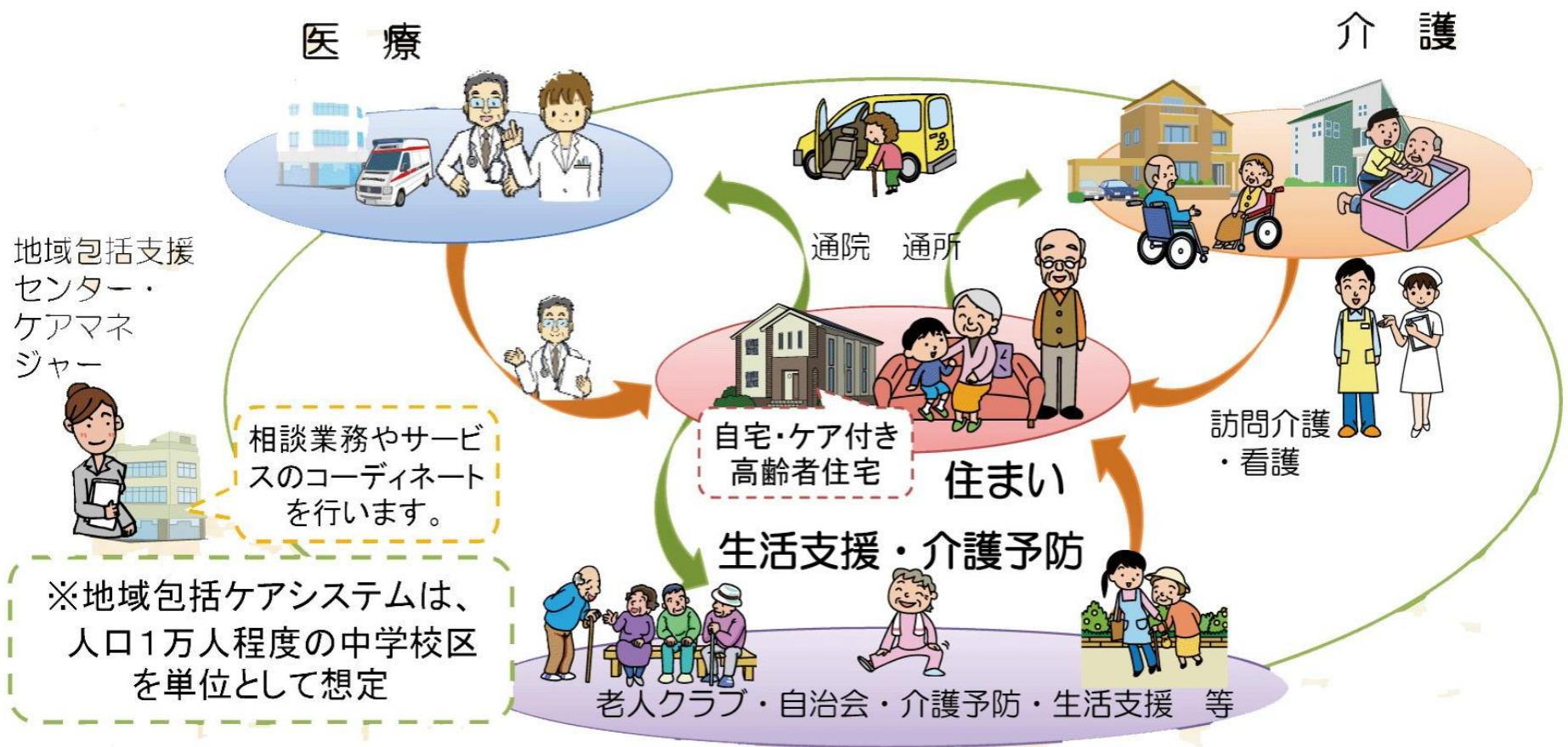
■ 食事

- ・(自立、見守り、一部介助、全介助)
- ・嚥下状態(良・不良)
- ・咀嚼状況(良・不良)
- ・注意障害(有・無)
- ・主食(普通、軟飯、かゆ、重湯)
- ・副食(普通、軟菜、刻み、ペースト、トロミ)
- ・食事方法(箸、スプーン、自助具、経管栄養、胃ろう)
- ・制限(有、無、内容:塩分、水分、その他)
- ・義歯(なし、上、下、全部、部分)
- ・自己管理(可、不可)

■ 必要な医療処置 ・経管栄養

施設名 _____ 記載者 _____
 私は上記の情報を病院に報告することを承認いたします。 _____ 責任者 _____
 署名 _____ 本人・本人の続柄 _____

地域包括ケアシステムの姿



食生活及び栄養障害の改善、疾病の再発予防や疾病予防ができ、地域住民が住み慣れたところでその人らしい生活を送ることができる。

病院、施設、在宅どこにおいても、生涯にわたり継続した適切な栄養管理が必要

栄養サマリー (栄養管理連携パス)

***** 栄養サマリー *****

下記の(利用者・患者)様について栄養管理情報を提供します。
この情報については療養者本人もしくは家族の方の了解を得ています。

氏名			男・女	生年月日	M・T・S・H	年 月 日生	歳
身長	cm	体重	kg	BMI		/	現在
現病名	既往歴						

栄養	摂取手段	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸 → <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 経静脈 → <input type="checkbox"/> PPN <input type="checkbox"/> TPN 商品名() ・ 投与量(kcal/日) ・ 投与時間() 回数(回/日) ・ 追加水分(ml/日) ・ 形状の理由()					
	必要量	エネルギー ()Kcal/標準体重kg ()Kcal/現体重kg	たんぱく質 ()g/標準体重kg ()g/現体重kg	脂肪	g	塩分	g
	提供量 (栄養補助食品を 含む)	エネルギー ()Kcal/標準体重kg ()Kcal/現体重kg	たんぱく質 ()g/標準体重kg ()g/現体重kg	脂肪	g	塩分	g
	摂取率	主食(%) 副食(%) 特記事項					

食事内容	食種	<input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 治療食 (施設での名称)					
	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 分粥 <input type="checkbox"/> 重湯 主食量(g) <input type="checkbox"/> ゼリー状 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> おにぎり() <input type="checkbox"/> その他()					
	副食	<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> ひとくち大 <input type="checkbox"/> きざみ(カットサイズ mm) <input type="checkbox"/> ミキサーペースト状 <input type="checkbox"/> ゼリー状 ※ とろみ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ 自施設食形態一覧表(添付) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 学会分類2021					
	栄養補助食品	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()					
	学会分類2021	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2-2	<input type="checkbox"/> 2-1	<input type="checkbox"/> 1j	<input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j

特記事項 (例:アレルギー、水分量、薬の相互作用など)

食事回数	食事回数	()回/日	食事に要する時間: <input type="checkbox"/> ~30分 <input type="checkbox"/> 30分~ <input type="checkbox"/> 1時間~
	介助方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン(大・小) <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助食器 <input type="checkbox"/> 自助具() 姿勢 <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> リクライニング(角度 度) むせ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> あり	

水分形態	増粘剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(使用品名) (使用量)	
	形状	<input type="checkbox"/> 段階1(薄いウスターソース状) <input type="checkbox"/> 段階2(中間・ポタージュ状) <input type="checkbox"/> 段階3(濃いハチミツ状) <input type="checkbox"/> その他	

咀嚼・嚥下状態	咀嚼	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 義歯(<input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> やや問題がある <input type="checkbox"/> できない	
	嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> やや問題がある <input type="checkbox"/> できない	

身体状態	褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位)		摂食障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	排便	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 下痢がみ <input type="checkbox"/> 便秘がみ(下剤: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)		開口困難	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	むくみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位)		口内残留	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)			

本人の嗜好や家族の希望	特記事項					
記入年月日	/ /					
施設名	担当者 連絡先					

食支援に関する

具体的な情報を記載した

情報共有ツール

食事形態一覧 スタンダード表 一第6版一

令和 4年 3月 改定

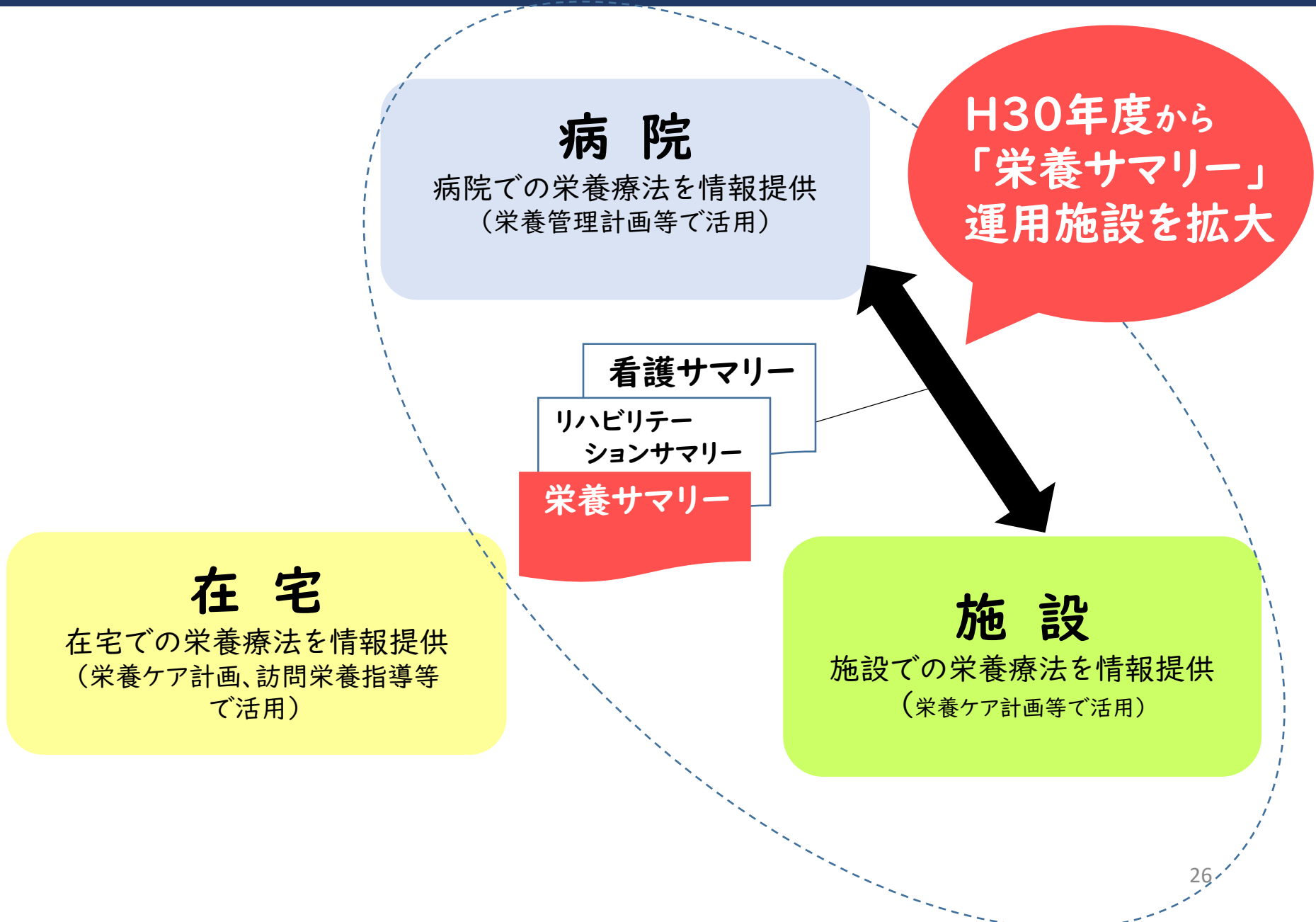
名称	米飯	軟飯	全粥	ゼリー粥(稀)	ミキサー粥(稀)
取扱い					
主食					

標準寸法	L5		L4		L3		L2		L1		L0	
	一般食	変形み 10mm以上	変形み 5mm以上	変形み 5mm未満	粒が塊状ペースト状	ペースト・ミキサー状	ムース状	ゼリー状	ゼリー状	ゼリー状	ゼリー状	
主食 (塊状)												
主食 (粒状)												
副食 (塊状)												
副食 (粒状)												

注: 本表は日本摂食嚥下リハビリテーション学会分類2021を参考に作成したものでありますがコード適合性に関しては「最新栄養学分類2021」の本文を併せてご確認ください。

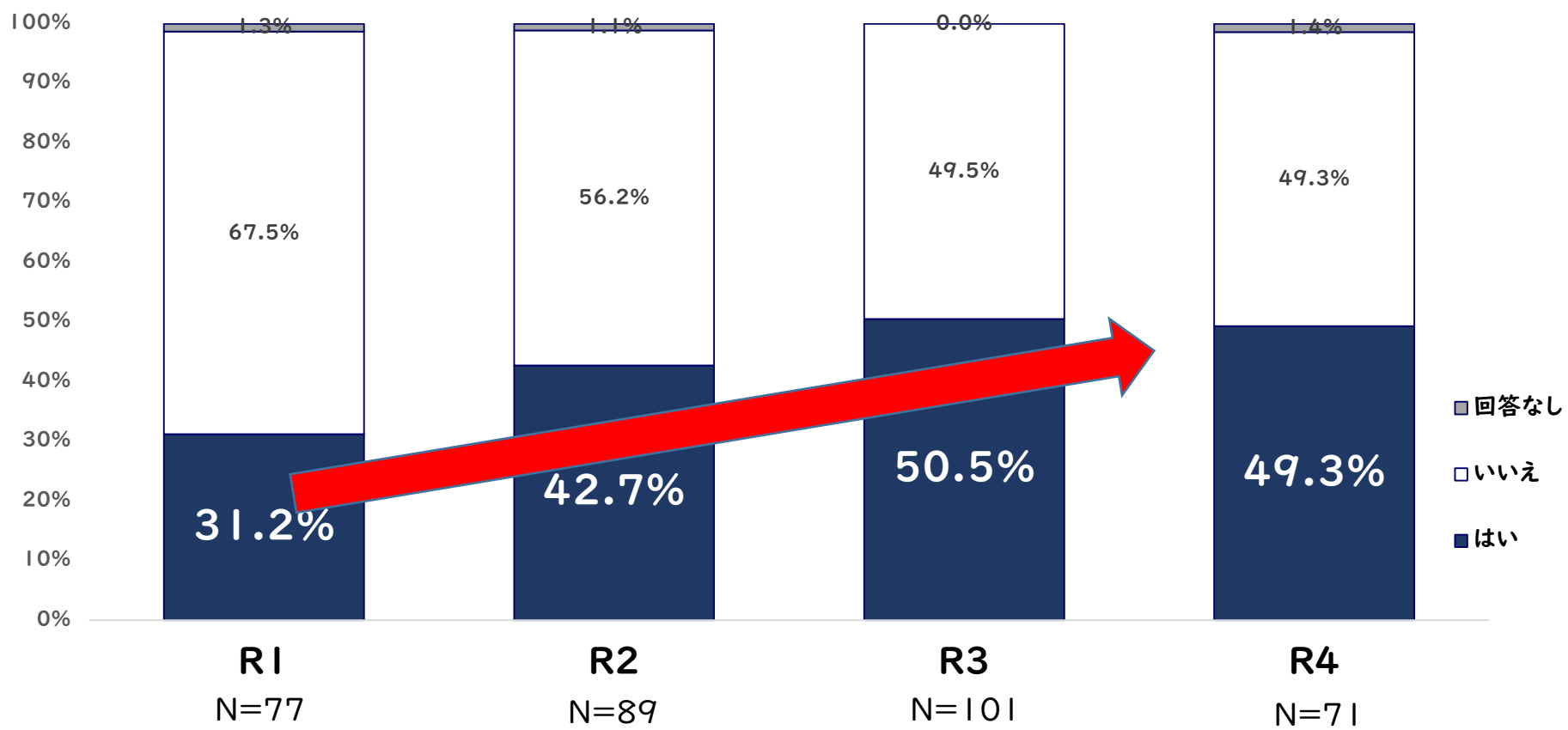
1. 在宅における、食支援の必要性
2. 食支援のための情報ツール
- 3. 病院・施設・在宅を結ぶ情報ツールの活用**

栄養サマリー（栄養管理連携パス）の運用



「栄養の情報に特化した情報提供書(看護サマリー等を除く)」の運用をしていますか

特定給食施設等の管理栄養士・栄養士

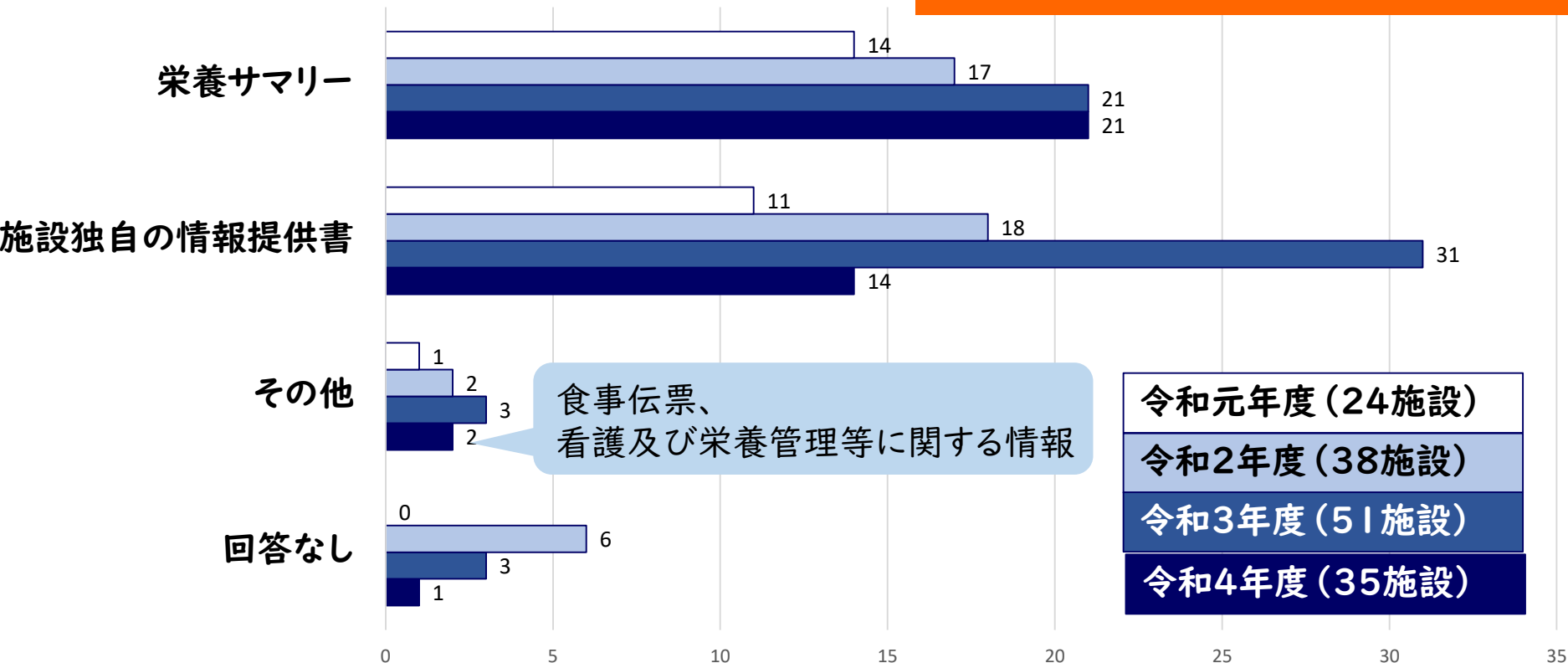


※各年度のアンケート回収率: R1年度 59.9%(77施設/129施設)、R2年度65.9%(89施設/135施設)、R3年度73.7%(101施設/137施設)、R4年度51.1%(71施設/139施設)

- 令和元年度から令和3年度にかけて「栄養の情報に特化した情報提供書(看護サマリー等を除く)」の運用をしている施設が増加。令和3年度から令和4年度にかけては横ばい。
- 令和元年度31.2%(24施設)、令和2年度42.7%(36施設)、令和3年度50.5%(51施設)、令和4年度(35施設)が運用している。

運用している情報提供書の種類(重複回答あり)

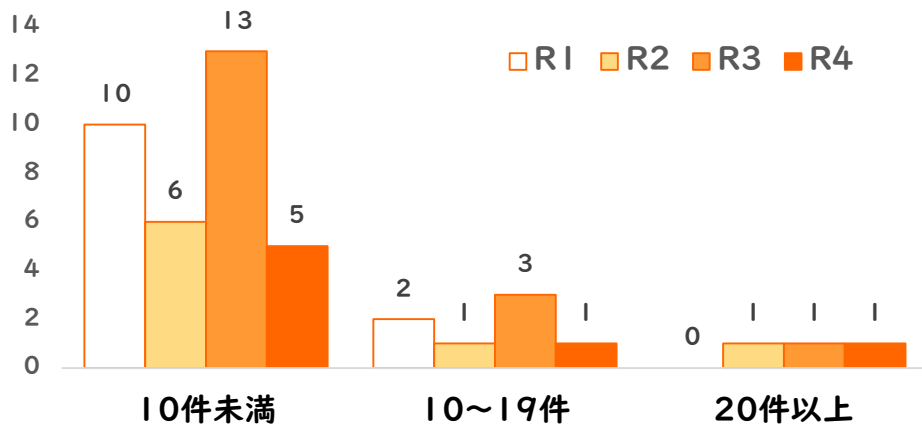
特定給食施設等の管理栄養士・栄養士



- 「栄養の情報に特化した情報提供書(看護サマリー等を除く)」の運用をしている施設数は、令和4年度の回答数が減少したため、運用している施設数が減少。
- しかし、栄養サマリーを使用している施設は令和3年度と変わらず21施設であった。
- 栄養サマリー、施設独自の情報提供書を併用している施設は2施設。(令和2年度は5施設、令和3年度は7施設)

施設からの「栄養サマリー」依頼・提供件数

依頼件数別の施設数

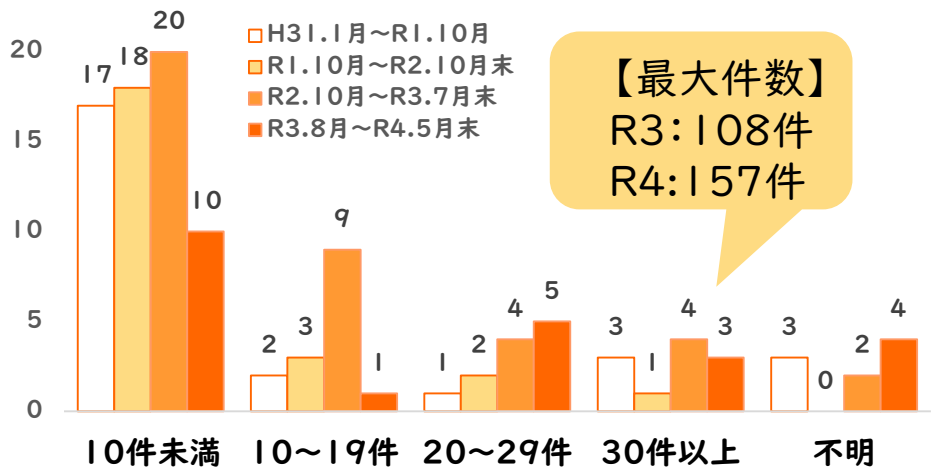


特定給食施設等の管理栄養士・栄養士

依頼件数の総数

H31年1月～R元年10月	R元年10月～R2年10月末	R2年10月～R3年7月末	R3年8月～R4年5月末
44 件	44 件	84 件	50 件

提供件数別の施設数



提供件数の総数

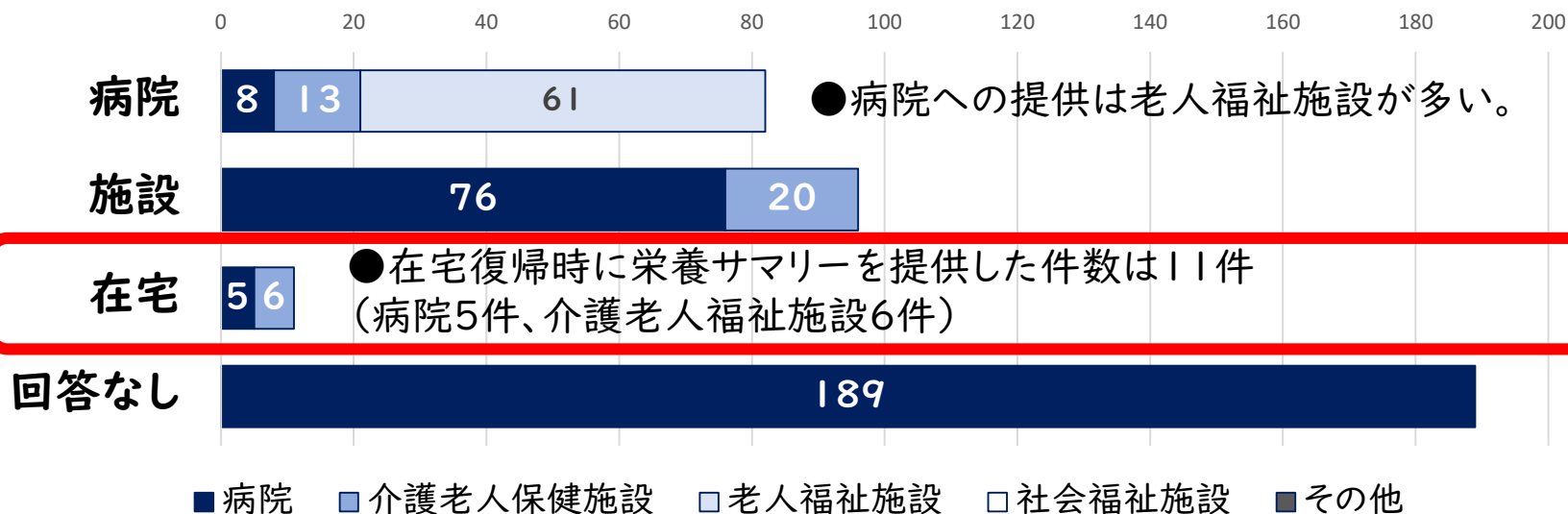
H31年1月～R元年10月	R元年10月～R2年10月末	R2年10月～R3年7月末	R3年8月～R4年5月末
242 件	163 件	536 件	378 件

貴施設から「栄養サマリー」を提供できますか

特定給食施設等の管理栄養士・栄養士

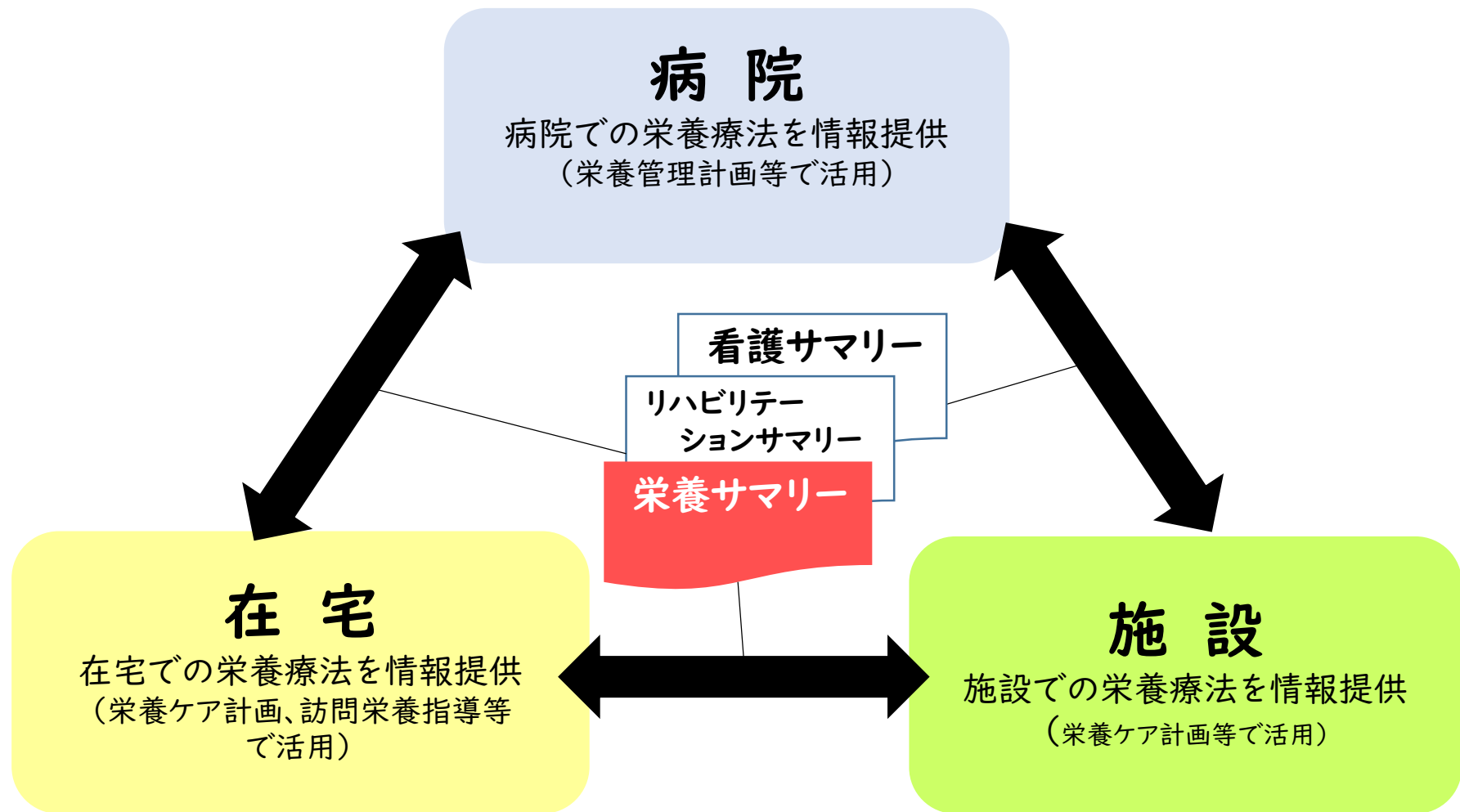
提供施設別の件数(再掲)

■(再掲)提供先施設別件数



		提供先の施設				総計
		病院	施設	在宅	回答なし	
提供元の施設	病院	8	76	5	189	278
	介護老人保健施設	13	20	6	0	39
	老人福祉施設	61	0	0	0	61
	社会福祉施設	0	0	0	0	0
	その他	0	0	0	0	0
合計		82	96	11	189	378

栄養サマリー（栄養管理連携パス）の運用



▼栄養サマリーを活用することで

病院から施設・在宅、施設・在宅から病院へ、施設から在宅へと移るときに患者様・利用者様の栄養に関する情報が途切れることなく把握でき、場所がかわっても適切な栄養管理を行うことに繋がります。

【活用例】施設利用者面談時、再入所時連携加算、低栄養改善加算、施設間移動の際等

栄養サマリーの様式をみて在宅療養患者の状態や必要なケア等が理解できますか。

ケアマネジャー及び訪問看護師等

***** 栄養サマリー *****

下記の(利用者・患者)様について栄養管理情報を提供します。
この情報については療養者本人もしくは家族の方の了解を得ています。

氏名			男・女	生年月日	M・T・S・H	年	月	日生	歳
身長	cm	体重	kg	BMI					
現病名			既往歴						

栄養	摂取手段	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸 → <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 経静脈 → <input type="checkbox"/> PPN <input type="checkbox"/> TPN 商品名() ・ 投与量(kcal/日) ・ 投与時間() 回数(回/日) ・ 追加水分(ml/日) ・ 形状の理由()							
	必要量	エネルギー ()Kcal/標準体重kg	たんぱく質 ()g/標準体重kg	脂質 ()g/標準体重kg	炭水化物 ()g/標準体重kg	塩分 ()g/標準体重kg			
	提供量 (食事補助食品含む)	エネルギー ()Kcal/標準体重kg	たんぱく質 ()g/標準体重kg	脂質 ()g/標準体重kg	炭水化物 ()g/標準体重kg	塩分 ()g/標準体重kg			
	摂取率	主食 (%)	副食 (%)	特記事項					

食事内容	食種	<input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 治療食 (施設での名称)							
	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 粥湯 主食量(g) <input type="checkbox"/> ゼリー状 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> おにぎり(ヶ) <input type="checkbox"/> 水切り <input type="checkbox"/> その他()							
	副食	<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> ひとくち大 <input type="checkbox"/> きざみ(カットサイズ mm) <input type="checkbox"/> ミキサーペースト状 <input type="checkbox"/> ゼリー状 ※ とろみ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ 自施設食形態一覧表(添付) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 学会分類2021							
	栄養補助食品	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()							
	学会分類2021	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j (例:アレルギー、水分量、薬の相互作用など)							

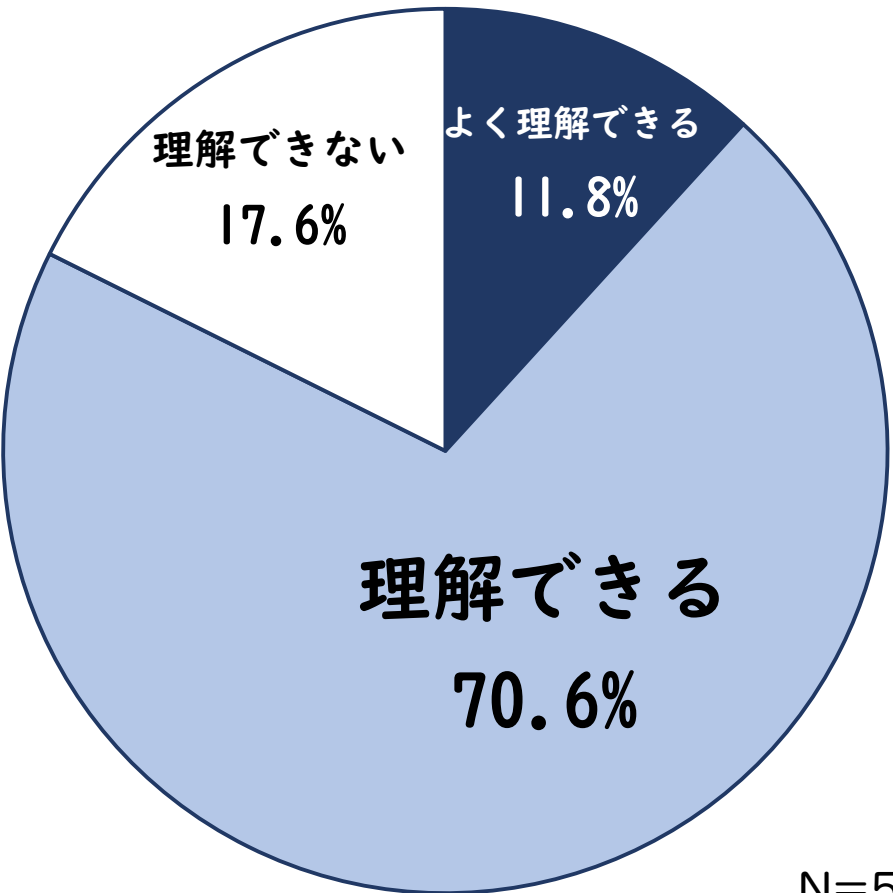
食事方法	食事回数	()回/日 食事にかかる時間: <input type="checkbox"/> ~30分 <input type="checkbox"/> 30分~ <input type="checkbox"/> 1時間~							
	介助方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
	使用器具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン(大・小) <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助食器 <input type="checkbox"/> 自助具()							

水分形態	増粘剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(使用品名) (使用量)							
	形状	<input type="checkbox"/> 段階1(薄い・ウスターソース状) <input type="checkbox"/> 段階2(中間・ポタージュ状) <input type="checkbox"/> 段階3(濃い・ハチミツ状) <input type="checkbox"/> その他							

咀嚼・嚥下状態	咀嚼	<input type="checkbox"/> 自由 <input type="checkbox"/> 義歯 (<input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯) <input type="checkbox"/> その他()							
	嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> やや問題がある <input type="checkbox"/> できない							

身体状態	褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位)			摂食障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 開口困難 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 胃内残留 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	排便	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢(下剤: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)			
	むくみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位)			

本人の嗜好や家族の希望									
特記事項									
記入年月日	/ /								
施設名					担当者				
					連絡先				



N=52

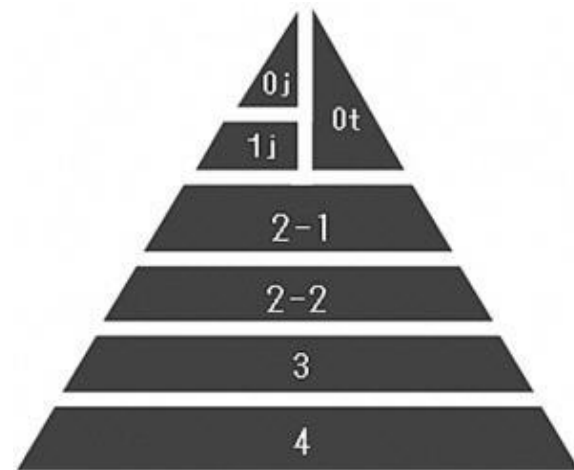
「栄養サマリー」のどの部分が理解できないのか

理解できないこと

ケアマネジャー及び訪問看護師等

- **栄養の必要量、提供量**
- **学会分類**
- **学会分類の1jのムース状・ゼリー状は施設によって準備できる方を選択するのか、どちらでもよいということか。**
- **学会分類4、3も、基準は3つに区分されているが、どれが3、4の形状に該当するのか。**
- **栄養摂取率について、ベースとなる物がわかりにくいので%で書きにくい。**
- **食事内容で※主食の”水切り”とはどのような形態か。**

学会分類2021



日本嚥下リハビリテーション学会
嚥下調整食分類2021

※主食の水切り: 粥から水分を除いた特殊な主食のこと。トロミがあると飲み込めないが、水分があるとむせてしまうため、軟飯よりも柔らかく歯茎で潰せるかたさで、水分がない主食形態。

「栄養サマリー」のどの部分が理解できないのか

ケアマネジャー及び訪問看護師等

栄養サマリーに思うこと

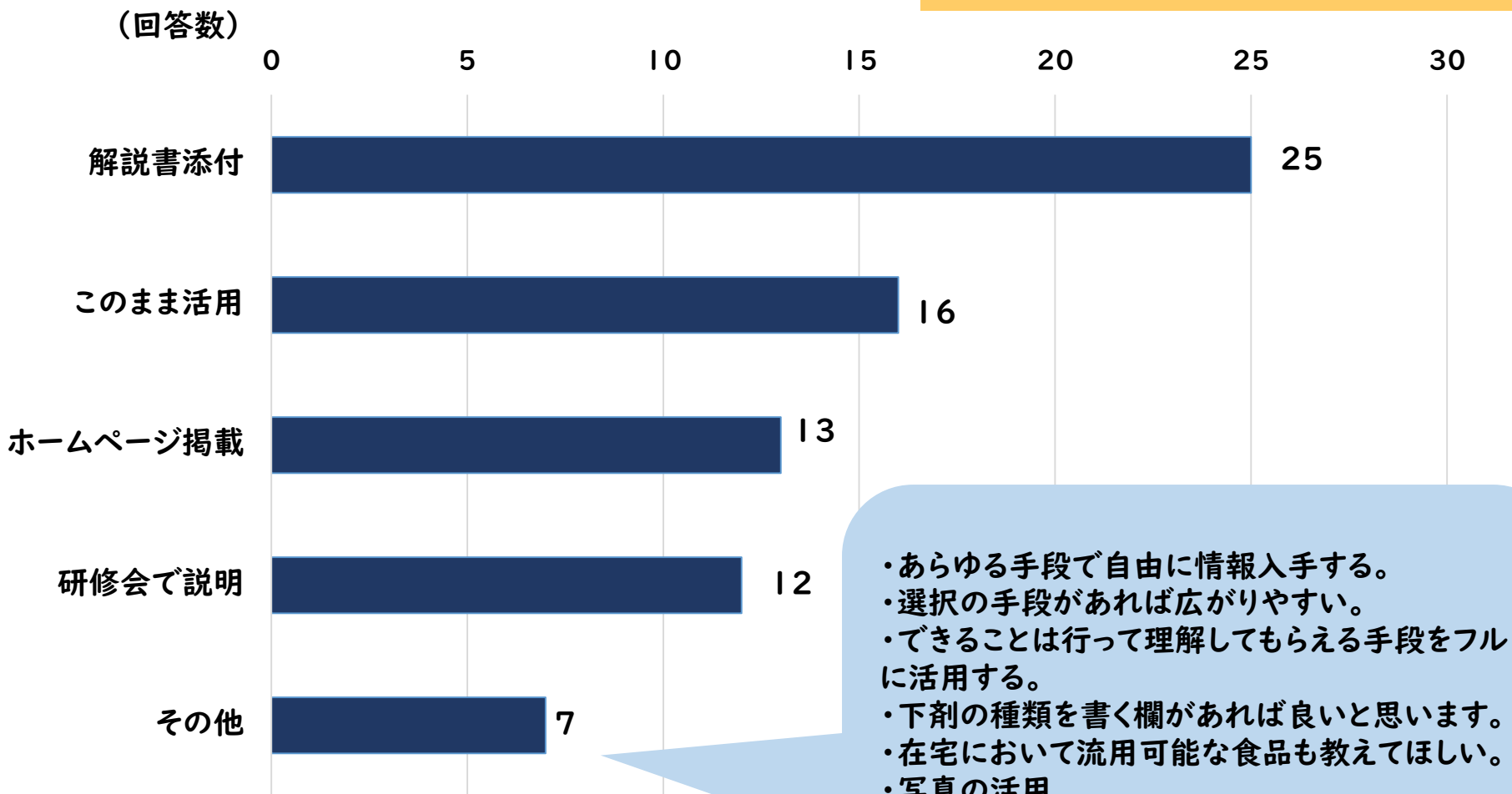
- 活用したい。
- 本人状態像（現状）はイメージしやすい。
- 必要な情報を得る部分が自分自身が抜けている。
- イメージができて、理解できているかわからない。
- 支援につなげるのは難しい。
- 軽度介護者等との関わりが多いため、栄養ケアの必要性が低い。

今後の活用に向けて

- 各施設の調理する人員数などにより提供できない食事形態があれば、今後努力が必要。
- これらの現状における具体的な課題や課題解決のための適切なケアを展開するための活用方法について専門的視点からの解説が欲しい。（アセスメントまでふみこんだ記載）
- 在宅で具体的に食支援をどうするか、受け皿となる宅食サービスもあるのか、家族への調理指導などにつなげる必要がある。

「栄養サマリー」をより理解し、活用するためには、どのようなものがあればいいと思いますか。(複数回答)

ケアマネジャー及び訪問看護師等



- ・あらゆる手段で自由に情報入手する。
- ・選択の手段があれば広がりやすい。
- ・できることは行って理解してもらえる手段をフルに活用する。
- ・下剤の種類を書く欄があれば良いと思います。
- ・在宅において流用可能な食品も教えてほしい。
- ・写真の活用。
- ・枠外に記入可能な範囲でと注釈があると良い。

N=52

「栄養サマリー」に記入することがある場合、 どのような媒体形式であれば良いと思いますか。(複数回答)

ケアマネジャー及び訪問看護師等

(回答数)

0 5 10 15 20 25 30 35

ホームページからダウンロード

32

紙ベース

24

Excel

19

Word

10

PDF

6

その他

1

N=52

全施設や活用する側の環境がバラバラでダウンロードして活用できないところのために紙ベースを残す必要があると思う。SDGsがもっとすすめば変えていけることと思う。