

高齢者の食支援のための栄養情報連携「栄養情報提供項目 世田谷版」の報告及び
(仮)食形態の見える化ツールの作成の協力依頼について

1. 主旨

区では、健康せたがやプラン（第三次）食育の推進の施策Ⅰ ライフステージに応じた食生活の向上で高齢者に係る施設等の連携を通じた食生活支援に取り組んでいる。

地域の病院、介護老人保健施設、高齢福祉施設や、在宅支援を担う区内栄養士間で高齢者等の栄養情報を的確に共有することで高齢者等の生活する場が変わっても適切な食事形態を継続し、食事量の確保につながるよう令和5年度区内管理栄養士会等で「栄養情報提供項目 世田谷版」を作成し、本年4月より区内施設等での活用を図っている。

作成について報告するとともに高齢者に関わる専門職の方々や、ご家族への情報共有に向け食形態の指標となる写真や解説等のツール（(仮)食形態の見える化ツール）の作成において、医療・介護連携推進協議会の各委員の方々にご協力を依頼する。

2. 栄養情報提供項目 世田谷版

(1) 様式例（別紙）

(2) 活用にあたって

- ① 第Ⅰ段階 栄養士間での情報提供項目の情報共有として使用することを目標としている。
- ② 既存の様式の使用を妨げるものではなく、施設使用の様式があれば使用し、記載不足項目があれば補足して使用する。

3. (仮)食形態の見える化ツールの作成

(1) 課題

日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類の食形態であってもそれぞれの施設で名称が違うことがあり、他施設からの食形態の名称と自施設の同名称のものとの隔たりがある。

また、在宅療養の場合においてもご家族等への食形態の説明をわかりやすくする必要がある。

(2) 作成の方向性

- ① 写真、動画、解説等表現方法の検討
- ② 紙媒体、区ホームページ掲載等周知方法の検討
- ③ その他

(3) 検討方法

区内管理栄養士等情報交換会ワーキング（以下、ワーキング）

(4) 検討期間及び開催回数

令和 7 年 5 月～令和 7 年 9 月 3 回程度

4. ご依頼内容

(1) 内容

ワーキング実施前・後の(仮)食形態の見える化ツールへのご助言

(2) 方法(予定)

- ① アンケート
- ② 電子メール

5. 今後の予定

令和6年11月～ 世田谷区医療・介護連携推進協議会参加委員あて

令和7年2月 アンケート送付

令和7年5月～ ワーキング開催(3回程度)

令和7年9月 電子メールによる(仮)食形態の見える化ツールへのご助言依頼

6. その他

医療・介護連携推進協議会へ(仮)食形態の見える化ツールの作成状況を報告する。

ご担当者様 あて

栄養情報提供項目 世田谷版

年 月 日

[illegible]

氏 名		生年月日		年	月	日	年 齢	歳	性 別
ふりがな									
様		身 長	cm	体 重	kg	体重変化			
		B M I	#DIV/0!	kg/m ²	測定日	年	月	日	
		A l b	g/dl	測定日	年	月	日		
疾患名									
		褥瘡	☐ 無 ☐ 有（部位・程度						

《食事状況》

栄養補給法		☐ 経口 ☐ 経管		経腸栄養剤・追加水・総水分量	
治療上食事制限		☐ なし ☐ あり ()			
提供栄養量		エネルギー kcal	補助食品の使用		主食 割 副食 割 補助食品 割 (推定摂取量) エネルギー kcal たんぱく質 g
※栄養補助食品を使用している場合は栄養量に含みます		たんぱく質 g	☐ 無 ☐ 有		
		脂質 g	☐ 他メーカーでも問題ない		
		食塩相当量 g	食欲		
		おやつ ☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有		
禁忌食品	食物アレルギー	☐ 無 ☐ 有 ()			
	医薬品	☐ 無 ☐ 有 ()			
	嗜好	☐ 無 ☐ 有 ()			
	その他	☐ 無 ☐ 有 ()			
主食		☐ 米飯 ☐ おにぎり ☐ 全粥 ☐ 粥ミキサー ☐ 軟飯 ☐ その他 ()			
副食形態		☐ 常菜 ☐ 軟菜 ☐ ソフト ☐ その他 ☐ 一口大 ☐ 粗きざみ ☐ みじん切り ☐ ミキサー ☐ Ot ☐ Oj ☐ 1j ☐ 2-1 ☐ 2-2 ☐ 3 ☐ 4			
汁物・水分		とろみ ☐ 不要 ☐ 必要 (製品名:) ☐ 薄いとろみ ☐ 中間のとろみ ☐ 濃いとろみ 使用食器 ☐ コップ ☐ ストロー ☐ その他 ()			
使用食器・器具		☐ はし ☐ スプーン ☐ 小スプーン ☐ フォーク ☐ 自助食器 () ☐ 自助具 ☐ その他 ()			
義歯		☐ 無 ☐ 有 ☐ 総義歯 ☐ 上 ☐ 下 ☐ 部分義歯 ☐ 上 ☐ 下			
食事に関する問題点		☐ 無 ☐ 麻痺 ☐ 右 ☐ 左 ☐ 嚥下障害 ☐ 注意障害 ☐ 義歯不適合 ☐ 食べ物認識障害 ☐ 咀嚼機能低下 ☐ その他			
食事介助の必要性		☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
食事の姿勢・角度					

特記事項 (上記項目の補足やその他伝えておきたい内容)

(例：好きな食べ物・味、経腸栄養・白湯投与方法、褥瘡の詳細情報等)

※ 施設使用の様式でも可