

## 大幅な栄養士業務の見直しによる栄養ケア・マネジメントを始める土台作りの事例

社会福祉法人 光風会 のばら園  
管理栄養士 平川三樹

社会福祉法人光風会は、横浜市保土ヶ谷区狩場町で障害児者への支援事業を行っています。前身は、昭和28年7月横浜市神奈川区三ツ沢上町に設立された、財団法人紫雲会の光風園(児童入所施設)です。

昭和22年頃の戦後の混乱期、横浜市内で保護された戦災孤児の中に知的障害のある児童がいたため、当時の紫雲会の須藤英雄理事長が私財を投入し、病院で保護したのが始まりです。

当初、行政の所轄庁は難色を示しましたが、実績と熱意が通じ、戦後初めての財団法人が経営する知的障害児施設として許可されました。

平成の時代を迎え、建物の老朽化が進んだことと、施設の対象としていた児童の半数以上の園生が20歳を超えて「障害児」から「障害者」になったこともあり、施設の改築が必要になってきました。

平成7年光風園のあった神奈川区から現在の保土ヶ谷区狩場町に移転し、財団法人紫雲会から分離独立し、新たに社会福祉法人光風会を設立しました。光風会は、成人施設「のばら園(50名)」と、児童施設「すみれ園(30名)」にそれぞれ分けて開設され、現在に至っております。

当施設は直営給食であるため、栄養士は献立作成、発注、納品業者対応、調理作業 更には調理員の勤務調整など調理現場に関与することが多く、なかなか栄養ケア・マネジメントに手が付けられない状態でした。

### 《大幅な栄養士業務の見直し》

#### 1. 管理者に相談

栄養士業務に専念できるよう調理員を増員してもらい栄養士の調理業務が軽減されました。

①週に3～4回担当していた野菜の仕込みや翌日準備は全て調理員が担当することになりました。

②納品業者対応・食材の検収は主に調理員が担当することになりました。

#### 2. 給食関係帳簿類の簡略化

書類として求められているものとそうでないものを区別し、省いても業務に支障のないものはなくしていきました。栄養士でなくても可能な業務は事務員が引き受けてくれました。

- ①食品受払簿の廃止（月に3回行っていた棚卸作業をやめました）
- ②予定献立と実施献立の1本化（予定と実施に大きな違いがなければ予定＝実施）
- ③発注の1本化（のぼら園、すみれ園の施設ごとに発注していましたが、両園まとめ発注し、支払いは事務員が按分）
- ④納品書と請求書の照合、検算は事務員が担当することになりました。
- ⑤納入された食材料全てに使用用途毎の手書きの札を付けていましたが廃止しました。

《モニタリング方法について各部連絡調整会議で相談》

変則勤務の支援員とモニタリングの時間を調整するのは難しく、モニタリング方法について相談したところ、利用者の担当職員でなくても、支援員は皆、利用者の事を共通で理解し共通の支援をしているので、いつ誰に聞いても良いとのことでした。栄養士の都合の良い時に利用者に会いに来て(モニタリングに来て)との返答をいただきました。

《モニタリング予定表を作成》

約60名の利用者を計画的にモニタリングできるようグループ分けをし、グループ毎の期間を決めました。(資料1)

《モニタリング用紙の見直し》

最低でも一人年4回のモニタリングが必要となるので、年1枚の用紙で済むよう厚生労働省の様式例を一部変更しました。(資料2)

《現、モニタリングの実施に至る》

本当に始まったばかりなので、まずはモニタリングを重ね利用者を知り、今後はどのように多職種で連携を取っていくかが課題です。

モニタリング用紙も再検討していきたいと考えています。

モニタリング予定表

(光風会事例資料1)

① 7月1日～7月15日		② 7月16日～7月31日		③ 8月1日～8月15日		④ 8月16日～8月31日		⑤ 9月1日～9月15日		⑥ 9月16日～9月30日	
	男性A		男性F		男性K		男性O		男性T		男性Y
	男性B		男性G		男性L		男性P		男性U		男性Z
	男性C		男性H		男性M		男性Q		男性V		男性a
	男性D		男性I		男性N		男性R		男性W		男性b
	男性E		男性J				男性S		男性X		男性c
	女性A		女性D		女性G		女性K		女性N		女性Q
	女性B		女性E		女性H		女性L		女性O		女性R
	女性C		女性F		女性I		女性M		女性P		女性S
					女性J						
	男子A		男子B		男子C		男子D		男子E		女子A

# 栄養アセスメント・モニタリング

# (光風会事例資料2)

利用者名		記入者	
身体状況、栄養・食事に関する意向		家族構成とキーパーソン	本人 ー

(以下は、入所者個々の状態に応じて作成)

実施日(記入者名)	年 月 日 ( )	年 月 日 ( )	年 月 日 ( )	年 月 日 ( )	
身体計測等	体 重 (kg)	kg	kg	kg	
	BMI				
	3%以上の体重変化	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 kg/ ヶ月	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 kg/ ヶ月	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 kg/ ヶ月	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 kg/ ヶ月
	その他				
食生活状況等	食事摂取の状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 %	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 %	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 %	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 %
	・主食の摂取状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 %	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 %	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 %	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 %
	・主菜の摂取状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 %	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 %	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 %	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 %
	・副菜の摂取状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 %	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 %	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 %	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 %
・その他(補助食品、経腸・静脈栄養など)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
必要栄養量	kcal	kcal	kcal	kcal	
食事の留意事項の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
(療養食の指示、食事形態、嗜好、禁忌、アレルギーなど)					
その他(食習慣、生活習慣、食行動などの留意事項など)					
多職種による栄養ケアの課題	低栄養・過栄養関連問題	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他
	特記事項				
問題点	① 身体計測等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
	② 食生活状況等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
	③ 食行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
	④ 身体症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
	⑤ その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
評価・判定	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	

※ 利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は「空欄」とする。