

これからの暮らしを自分の力で楽しもう！

～できること、できる範囲を広げる支援～

八王子市

食ナビ訪問

運用マニュアル

令和5年(2023年)4月発行

八王子市福祉部高齢者いきいき課

## 1 食ナビ訪問とは

食ナビ訪問は、食の視点から、高齢者の「リエイブルメント(望む暮らしの再獲得)」に向けたアセスメント(評価)や支援(助言)を行う事業です。

「食ナビ訪問」の名称には、

**食**の視点から、高齢者が自分の足で歩き続けられる道を  
**ナビ**ゲーション(案内)する、単発の  
**訪問**事業

という意味が込められており、「ナビ」の名のとおり、提供者が行うのは、「利用者が自分の足で歩き続けられる道を案内する」ことです。

具体的な実施内容は、次ページ「2 内容」のとおりですが、支援を行う上での重要な視点は次のとおりです。

【支援を行う上での重要な視点】

1

### 本人の自信や気持ちを引き出す

- ・「悪い点」ではなく、「良い点」を見つける!
- ・望みを聞き出し、そこを目標にする

2

### 「正しく食べる」ではなく、「楽しく食べる」を支援

- その人の生活や個性等も見る!

3

### セルフマネジメントの定着を促す

- 本人が自分で考えて行動することを促す!  
(安易に指導しない)

## 2 内容

### (1) 実施内容

【担当専門職が持参する物】  
・同行訪問報告書(様式 A)  
・握力計(市で貸出し可)

#### ①同行(アセスメント)訪問 <依頼書・報告書:様式A>

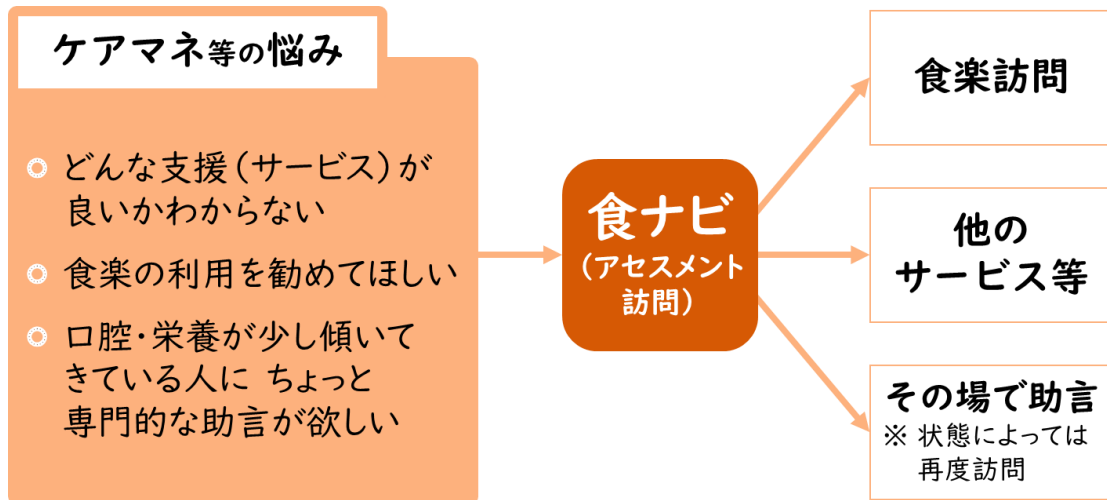
利用対象:65歳以上の方(要介護認定者を除く)

申込者:担当ケアマネor高齢者あんしん相談センター

高齢者の自宅に、担当ケアマネ等と同行訪問し、栄養や口腔機能・口腔衛生等の視点から、リエイブルメントを阻害する要因を把握し、改善に向けたアドバイスや暮らし方の提案、「食楽訪問」をはじめとするサービス(医療・民間サービス含む)の導入にかかる助言等を行います。

対象者が食ナビ訪問を受けた後、少しでも長く自分の力で自分の健康を守れるようにする(「セルフマネジメント」の促進)ため、改善方法と合わせて、「習慣化のための工夫」についてもアドバイスを行います。

#### 【同行訪問のイメージ】



#### 【活用例】

・軽度の栄養・口腔リスク者(介護認定がない方も含む)へのアセスメントと助言

※ハチプロ(通所C)利用者の場合は、ハチプロの担当者と、ハチプロでの目標(望む暮らし)や課題、プログラムの内容、食の視点で見てほしい・言ってほしい点などについて十分に情報共有をしてください。(ハチプロの個別サービス計画書や、ハチプロの専門職から聞き取った事項(食の視点で見てほしい・言ってほしい点等)について、担当ケアマネから食ナビ訪問の専門職へ共有する etc)

・食楽訪問を始めとするサービスへの適性を判断するためのアセスメント

【助言内容の例】

職種	分野	助言の例
管理栄養士	栄養	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事(タンパク質・水分・エネルギー等)の摂り方の工夫</li> <li>・買い物、調理方法(器具含む)や惣菜・食材選びのコツ</li> <li>・本人の状態に合ったメニュー</li> <li>・配食サービスや栄養補助食品等の上手な活用方法</li> <li>・生活習慣病やその他疾病に対する意識を高めるための情報</li> </ul>
言語聴覚士	口腔機能 嚥下 認知/発話	<ul style="list-style-type: none"> <li>・誤嚥性肺炎(むせ含む)を予防するための自主トレーニング方法</li> <li>・発声、発語の自主トレーニング方法</li> <li>・本人に合った食べ方や食べ物の形態に関する助言</li> </ul>
歯科衛生士	口腔衛生 口腔機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯磨きや義歯の清掃方法</li> <li>・入れ歯が本人の口の状態に合っているかの確認</li> <li>・嚥下(咀嚼)の自主トレーニング方法</li> <li>・唾液腺マッサージの方法</li> <li>・歯科受診の啓発</li> </ul>

②会議・協議体への参加 <依頼書・報告書:様式B>

申込者:高齢者あんしん相談センターor生活支援コーディネーターor食楽訪問の担当者(管理栄養士)

高齢者あんしん相談センターが開催する地域ケア会議や、生活支援コーディネーターが開催する協議体、食楽訪問の担当者が開催する食楽会議等に参加し、高齢者が自立した生活を送るための助言を行います。 ※オンライン参加も可

【例】

・地域ケア会議

多職種が参加し、実際のケースに対して、自立に向けた知恵を出し合う会議

・協議体

地域の様々な困りごとに対して、課題把握から対策実施までを目指す会議体

・食楽会議

食楽訪問の担当者(管理栄養士)に対して、言語聴覚士や歯科衛生士が、それぞれの視点から、支援の効果向上のためのアドバイスをする会議。実施する場合は、ケースでの目標や課題、プログラムの内容等を十分に共有してください。

※食楽会議を行う場合、食楽訪問の担当者(管理栄養士)は、本事業の利用者となるため、本事業による報酬の対象にはなりません。

※詳細は、別紙食楽訪問の注意点をご覧ください。

### ③住民主体の活動への支援の実施 <依頼書・報告書:様式C>

利用対象:住民主体の団体等

申込者:高齢者あんしん相談センターor生活支援コーディネーター

住民主体の活動(高齢者サロンやサークル等)において、口腔・栄養に関する観点から、団体における活動の支援を行います。

#### 【例】

- ・ 介護・フレイル予防の視点で、栄養状態や口腔ケア等に関する講座の実施
- ・ 地域団体が行う活動や講座の評価及び助言
- ・ 質問票等による参加者の状況(心身状態や生活環境)の把握と評価

#### (2) 活動日時と従事者

活動日: 原則、月曜日から金曜日(祝・休日・年末年始を除く) 9時から17時

※申込み時に日時を調整

従事者: 管理栄養士、言語聴覚士、歯科衛生士のうち、支援に適した者

#### (3) 提供期間

1回 1時間程度(現地までの移動時間を除く) ※原則、30分以上実施

#### (4) 利用者負担

利用者負担なし

※一般介護予防事業のため、ケアプラン(契約・給付管理含む)不要。

### 3 サービス提供・利用調整の流れ

※本事業に関する各種調整業務については、「認定栄養ケア・ステーション」に委託しています。

Step1 : 高齢者あんしん相談センター、ケアマネ、SC、又は食楽訪問の担当者から  
認定栄養ケア・ステーション(ケアステ)へメールで申込み

Step2 : ケアステが専門職の選定・調整

Step3 : 担当する専門職と申込者で日程調整・情報共有

Step4 : 支援実施

Step5 : 専門職から申込者・ケアステへ報告書を提出 ※実績に応じ、ケアステから月毎で支払

#### Step1:申込み <申込者→ケアステ>

高齢者あんしん相談センター、ケアマネ、生活支援コーディネーター(SC)、又は食楽訪問の担当者(以下、「申込者」という。)から、認定栄養ケア・ステーション(ケアステ)へメールで申込み(様式A・B・Cの提出)を行います。

#### Step2:専門職の選定・日程調整 <ケアステ→専門職>

依頼書の内容から、ケアステが専門職を選定し、各専門職へ調整を行います。

#### Step3:情報共有 <専門職→申込者>

食ナビ訪問を実施することになった専門職が、申込書の情報を確認の上、申込者に日程調整の連絡を行い、利用者情報の詳細など、支援に必要な情報について確認を行います。

#### Step4:支援実施 <専門職・申込者>

食ナビ訪問を実施することになった専門職が、実施場所(利用者のご自宅や通いの場等)に訪問し、支援を実施します。

#### Step5:報告書の提出 <専門職→ケアステ・申込者>

支援終了後、専門職が実施した内容を所定の報告書(様式A・B・C)にまとめ、1週間以内を目安にケアステにメールで提出します。(「同行訪問」の報告書は申込者へも提出。「住民主体の活動への支援」の報告書は必要に応じて申込者へも提出。)

**【専門職への報酬の支払い】**

各専門職の実績(報告書の件数)に応じて、ケアステから月毎に報酬を支払います。

**<問い合わせ、依頼書・報告書提出先>** ※本事業に関するご相談も受け付けています

**永生病院 認定栄養ケア・ステーション (ケアステ)**

住 所 : 〒193-0942 八王子市栢田町583-15

電 話 : 042-661-4141

メール : [eiyou-cs@eisei.or.jp](mailto:eiyou-cs@eisei.or.jp) ※メールで様式(エクセルデータ)を送付

※依頼書・報告書の様式(最新)は、以下の場所から取得してください。

<https://www.eisei.or.jp/carestation/> (認定栄養ケア・ステーションHP)

4 依頼書・報告書の様式(参考) ※様式は前ページのリンク先から取得してください。

1 同行訪問 依頼書・報告書(様式A)

【食ナビ】様式A 同行訪問依頼書													
申込日	令和5年		月		日	所属							
申込者						連絡先							
利用者氏名: イニシャル						性別		生年月日		年		月	日
認定情報						住所(町名まで)							
利用しているサービス	イン フォーマル						フォーマル						
同行訪問 目的 (概要)	<input type="checkbox"/> 口腔・栄養状態と食生活環境から、自立した生活の維持に向けた課題とその要因を把握												
	<input type="checkbox"/> 適切なケアプランの目標設定と高齢者へのサービス利用の動機付け												
	<input type="checkbox"/> 日常生活の維持を目的とした、食の視点での暮らし方の提案												
	<input type="checkbox"/> その他(以下に記載)												
目的詳細													
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居					<input type="checkbox"/> 同居			人				
						<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> ひ孫			住環境				
					<input type="checkbox"/> 妻			<input type="checkbox"/> 戸建て					
								<input type="checkbox"/> 集合住宅					
								居住階					
								<input type="checkbox"/> エレベータ					
								階段					
～以下の内容については、把握している範囲で記入してください～													
現在の生活状況													
一日の生活状況・暮らしぶり						ご本人の希望							
						趣味・楽しみ							
						活動および社会参加							
活動	項目	自立度	環境(場所・福祉用具)			状況			課題				
	食事												
	トイレ												
	入浴												
	更衣												
	買い物												
	調理												
	洗濯												
掃除													
ゴミ捨て													
食課題	栄養	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 偏りあり <input type="checkbox"/> 体重減・増			<input type="checkbox"/> 孤食 <input type="checkbox"/> その他								
	口腔	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 義歯の問題 <input type="checkbox"/> 口腔疾患			<input type="checkbox"/> 口渇 <input type="checkbox"/> その他								
	飲み込み	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 食べこぼす			<input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> その他								
現病歴・既往歴と経過 (必要な医療情報等)													
疾患名		年月日(いつ頃から)			経過			服薬		特記事項			
身長		cm	体重		kg	※ BMI	#DIV/0!						



## 【食ナビ】 同行訪問報告書

同行訪問日時	令和5年 _____ 月 _____ 日	申込者	0
利用者氏名	0 様	性別	0
	生年月日	0	年 0 月 0 日
同行訪問の目的・課題	0		

利用者情報	健康状態	
心身機能・構造	活動 (移動・運動・食材調達・調理・その他家事など)	参加 (社会的交流・役割・居場所・他者との食など)
身長 _____ cm 体重 _____ kg		
BMI _____ #DIV/0!		
握力 右 _____ kg 左 _____ kg		
歯 義歯: _____ 状態: _____		
口腔機能		
嚥下		
発声発話		
食欲		
環境因子		個人因子 (習慣・嗜好・食事回数・趣味・仕事など)
人的		
屋内		
周辺		
地域資源		
制度		

評価と提案		
	同行訪問時の評価	提案内容
栄養に関して		
口腔機能・衛生に関して		
発声発話・認知に関して		
食事全般および社会的交流に関して		
健康管理 その他		

食に関する同行訪問のまとめ			

食楽訪問	要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/>	食ナビ再訪問	要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/>	ハチプロ (通所C)	要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/>	地域リハ 同行訪問	要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/>
------	--	--------	--	------------	--	-----------	--

事業所		ST <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/>	
作成者		作成日	令和5 年 _____ 月 _____ 日



## 【食ナビ】 会議等参加報告書

会議分類

#N/A

会議名

0

主催

会議日時

令和5年

月

日

開催

会議内容

実施内容  
(助言内容)

【作成者】

所属

氏名

報告書  
作成日

令和5年

月

日

### 3 住民主体の活動への支援 依頼書・報告書(様式C)

<b>【食ナビ】様式C 住民主体の活動への支援依頼書</b>					
申込日	令和5年 ____ 月 ____ 日	所属	_____		
依頼者	_____	連絡先	#N/A		
希望する支援内容	_____				
(上記に補足があれば記入してください。)	_____				
申込団体名	_____		活動地域	_____	
団体代表者名	_____		連絡先 (必要があれば)	_____	
開催日時 (候補日)	第1希望日 令和5年	____ 月	____ 日	____ 時	____ 分 ~ ____ 時 ____ 分
	第2希望日 令和5年	____ 月	____ 日	____ 時	____ 分 ~ ____ 時 ____ 分
概ね参加者数 (予定)	_____ 人		希望職種	管理栄養士	言語聴覚士
				歯科衛生士	_____
開催会場	_____				
会場設定	団体で用意している物	<input type="checkbox"/> プロジェクター	<input type="checkbox"/> スクリーン	<input type="checkbox"/> パソコン	<input type="checkbox"/> その他
	専門職に用意してほしい物	<input type="checkbox"/> 資料(リーフレット等)	<input type="checkbox"/> 資料(USB)	<input type="checkbox"/> 資料(パソコン)	<input type="checkbox"/> その他
備考欄	_____				
認定栄養ケア・ステーション記入欄					
受付日 令和5年	____ 月	____ 日	_____	_____	_____

## 【食ナビ】住民主体の活動への支援報告書

訪問団体名 0

開催日時 令和5年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

概ね  
参加人数 0 人

依頼内容

実施内容

包括への  
連絡事項

【作成者】

所属

氏名

報告書  
作成日

令和5年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

## 八王子市 食ナビ訪問 運用マニュアル

令和5年(2023年)4月発行

編集 八王子市福祉部高齢者いきいき課

発行 八王子市福祉部高齢者いきいき課

〒192-8501 八王子市元本郷町3丁目24番1号

TEL 042-620-7243 FAX 042-623-6120