

# iPad「きょう(京)のごはん録」

「食ること」と「口」の日常から

iPadを利用した介護・医療連携の新しい形を探る

いわゆるICF的な！

# 「食べるサポート」生活支援

## 機能・形態

- 認知機能
- 上肢・体幹機能
- 摂食・咀嚼・嚥下機能

## 「食べる」 支援

## 参加

- どんな場面で
- だれと

## 活動

- どんな食事を
- どのように

# 摂食・嚥下連絡票

監修 京滋NST研究会  
京滋摂食・嚥下を考える会

## 摂食・嚥下連絡票

Ver. 1.0

本連絡票は記載時の現状を記録するもので、患者様の食行動を制限するものではありません  
不明な部分は空欄または「不明」の記載で結構です。受け取った方は、状況に応じて適宜、変更、調整をお願いします

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |                |                            |                                      |                            |                            |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------|----------------------------|--------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 氏名                      | 診断                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | 摂食・嚥下に問題となる認知症 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無           |                            |                            |
| 生年月日                    | /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | /   | 歳              | 誤嚥性肺炎                      |                                      | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| 身長                      | cm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 体重  | kg             | 既往                         |                                      |                            |                            |
| お食事の内容                  | 名称 ( ) 食形態 Level 0 1 2 3 4 5<br>注 施設名称に嚥下食ビラミッドの符号を付記してください。または右の食形態の欄から近いものを選択してください                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |                |                            |                                      |                            |                            |
| 主食                      | <input type="checkbox"/> 重湯 <input type="checkbox"/> ミチ粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 米飯<br><input type="checkbox"/> ゼリー状 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) とろみ ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 増粘剤、ゲル化剤 ( )                                                                                                                                                                                                                                                         |     |                |                            |                                      |                            |                            |
| 副食                      | <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> パ-スト状 <input type="checkbox"/> ミ ( とろみ ) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( <input type="checkbox"/> ハチミツ状 ) <input type="checkbox"/> ひとくち大 ( mm )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |                |                            |                                      |                            |                            |
| 投与カロリー                  | 特記事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |                |                            |                                      |                            |                            |
| kcal/日                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |                |                            |                                      |                            |                            |
| お水の飲み方                  | 増粘剤 <input type="checkbox"/> 有：水 100mlに増粘剤 ( ) を ( ) g 使用 <input type="checkbox"/> 無<br>形状 <input type="checkbox"/> ウスターソース状 <input type="checkbox"/> ポータージュ状 <input type="checkbox"/> ハチミツ状 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |                |                            |                                      |                            |                            |
| お薬の飲み方                  | 投薬法 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 服薬方法に別紙指定有<br>飲み方 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> とろみ水 <input type="checkbox"/> ゼリー埋め込み <input type="checkbox"/> 簡易懸濁法                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |                |                            |                                      |                            |                            |
| お口のケア                   | ア/ク/ラ/がい <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 お口の乾燥 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無<br>義歯 上あご： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> あるが使ってない <input type="checkbox"/> 安定剤使用<br>下あご： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> あるが使ってない <input type="checkbox"/> 安定剤使用<br>歯みがき <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( 歯科介入 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )<br>清掃用具 ( ) |     |                |                            |                                      |                            |                            |
| お食事の方法                  | 介助方法 <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br>姿勢 <input type="checkbox"/> リクライニング ( 角度 ) <input type="checkbox"/> 座位<br>方法 <input type="checkbox"/> ひとくち量 ( )<br>特記事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                |                            |                                      |                            |                            |
| お食事の状況                  | 食事回数 1日 ( ) 回 食事 ( 介助 ) に要する時間 ( )<br>むせ ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき ) お口の中の残留 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 咽頭残留 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 )<br>特記事項 (含む食事量)                                                                                                                                                                                                                                                              |     |                |                            |                                      |                            |                            |
| 訓練、注意事項等                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |                |                            |                                      |                            |                            |
| その他                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |                |                            |                                      |                            |                            |
| 以下の項目は、情報がありましたらご記入ください |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |                |                            |                                      |                            |                            |
| 栄養管理                    | 必要熱量 ( ) kcal/日 必要水分量 ( ) ml/日<br>栄養経路 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸 <input type="checkbox"/> 経腸 → <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 ( )<br><input type="checkbox"/> 経静脈 → <input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> PPN                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                |                            |                                      |                            |                            |
| 呼吸管理                    | 酸素投与 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合：投与量<br>自力排痰 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可<br>吸引 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 要の場合：回数等 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |                |                            |                                      |                            |                            |
| 嚥下機能                    | RSST 年 月 日 ( ) 回/30秒<br>改定水飲みテスト 年 月 日 ( )<br>フードテスト 年 月 日 ( )<br>VE <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 年 月 日 ( )<br>VF <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 年 月 日 ( )<br>嚥下レベル (Lv) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 目標<br><input type="checkbox"/> 先行期 ( )<br><input type="checkbox"/> 準備期 ( )<br><input type="checkbox"/> 口腔期 ( )<br><input type="checkbox"/> 咽頭期 ( )<br>発声障害 <input type="checkbox"/> がらがら声 <input type="checkbox"/> かすれ声 <input type="checkbox"/> 声が出ない                                                                   |     |                |                            |                                      |                            |                            |
| 施設 (事業所名)               | 記入年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     | /              | /                          | 後援<br>京都府医師会地域ケア委員会<br>食べることを考える小委員会 |                            |                            |
|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 所属  |                |                            |                                      |                            |                            |
|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 担当者 |                |                            |                                      |                            |                            |

後援  
京都府医師会地域ケア委員会  
食べることを考える小委員会

監修  
京滋NST研究会  
京滋摂食・嚥下を考える会

# 動画の 双方向性

# ユビキタスに つながる安心

専門用語使わずに  
動画やイメージで  
介護者に  
実践的なケアを伝える！

専門情報を  
具体的な  
動画情報に！

情報を流れ  
をよくしたい！

医療情報は  
専門性が高く  
多職種での  
共有が難しい。

各職種の  
専門性の上に  
在宅生活が  
支えられている。

QOL

生活

生活支援

エビデンスに基づく実践的な  
食とコミュニケーションの在宅ケアの実現  
(現実的な矛盾の克服)

医療支援

職種により  
視点が異なり、  
情報が異なる！

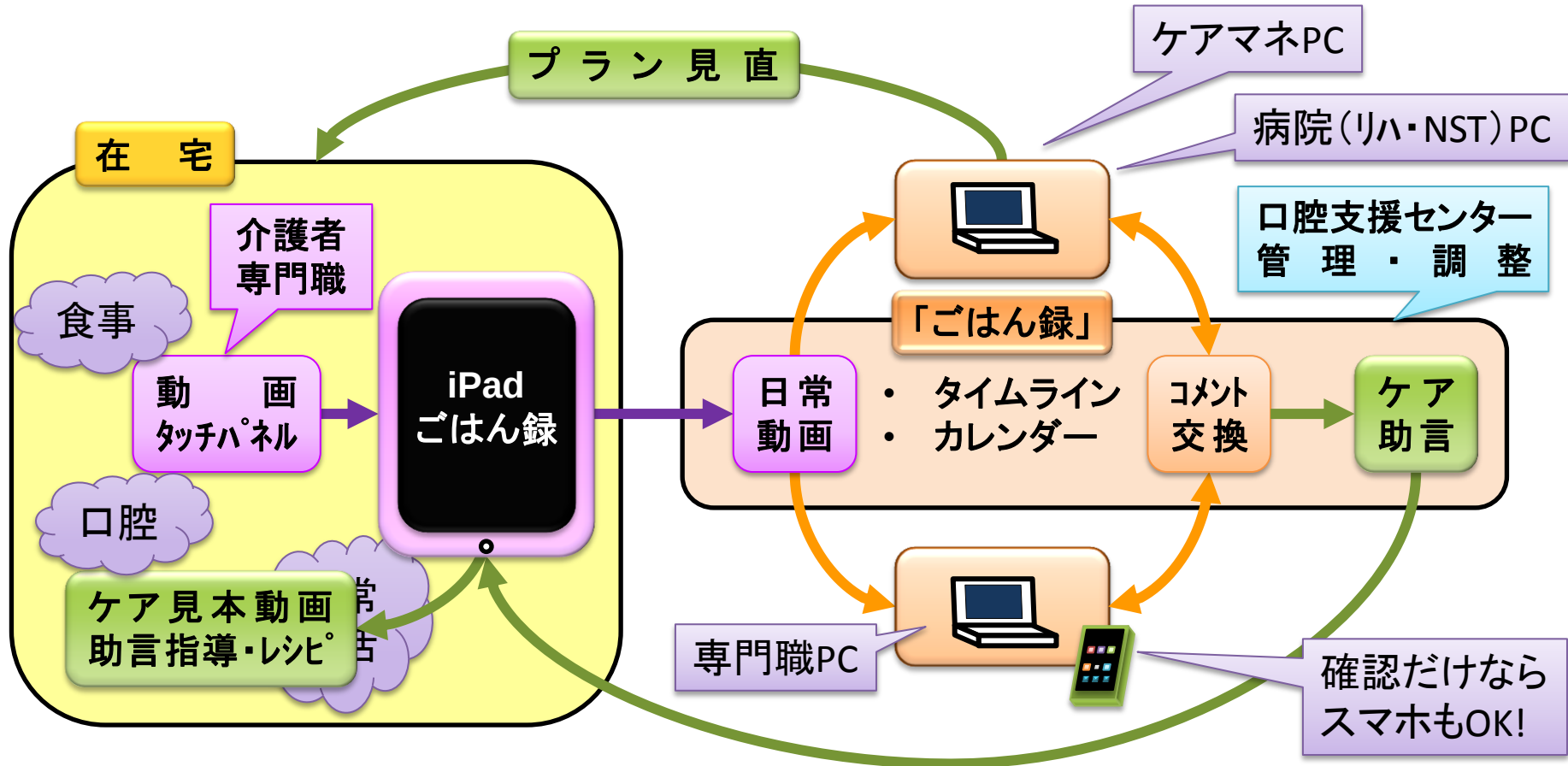
気になる日常の  
動画を発信する。

生活動画なら  
各職種が  
専門情報に  
変換できる！

生活像は、  
すべての  
関係者で  
共有できる。

緊急性ではなく  
双方向性の  
情報交換に重点を置き  
生活支援を実現！

# iPad「きょうのごはん録」



「タッチパネル情報」や  
「日常動画」を  
iPad「ごはん録」  
に掲載

動画とタイムライン  
を利用して、  
関係者が  
情報交換を実施

「ごはん録」を通して  
「ケア助言」と  
「見本動画」を発信  
ケアプランの  
見直しに活用

# iPad「在宅食支援」のご利用者像

## 食支援が必要な 在宅要介護者

- 入院時からNST(栄養サポートチーム)、口腔ケア等の介入があった患者の在宅支援
- 摂食・嚥下機能(認知症も含む)に何らかの障害を有する在宅要介護者

## 低栄養が 危ぶまれる 在宅要介護者家庭

- 独居により「食の楽しみ」が失われた要介護者
- 認知症、老老介護など食支援が必要な在宅要介護者家庭

## 使用期間

- 週に数回の使用、できれば毎日を想定
- 退院後食生活が安定するまでの期間
- 食支援の体制が確立するまでの期間
- 誤嚥や低栄養が危ぶまれる場合は継続使用

# 誰が、何を伝えるのか？

## 介護者・家族 ヘルパー

- 食事風景や日常生活などの動画
- 利用者本人のコメント
- 専門用語を使用せず「画像・動画」による発信

## 各専門職

- 専門職として「お手本」「助言」などを発信
- 在宅環境を考慮したリハや栄養支援の発信
- 介護者・ヘルパーによる収集が困難な情報を各専門職種が訪問時に発信

# 誰が、何を受け取るのか？

## 利用者本人

- 在宅での適切な食環境
- 適切な食のサポート体制
- 「おいしく、たのしい」ごはん

## 介護者 家族 ヘルパー

- 食事・食形態の提供の工夫、支援
- 食環境、食介助の工夫、支援
- 専門用語を使用せず「画像・動画」による支援

## 各専門職

- 日常の生活像、食生活の様子、食環境
- 専門職による評価、助言
- 他職種からの問い合わせ
- WEBカンファレンス、掲示板による情報交換



# iPad「きょうのごはん録」 各階層の役割は？

ケアプラン  
サービス調整

- ケアマネジャー(各サービスの調整)
- 口腔支援センター(専門職団体との調整)

情報管理  
ケアモニター

- web上、管理PC、「ごはん録」管理
- 歯科担当、ケアマネジャー(情報整理)
- 口腔支援センター(情報・システム管理)

情報交換  
動画＋タイムラインの閲覧

- web上、PC⇔ごはん録
- 在宅チーム(歯科が毎日チェック)
- 本人・介護者

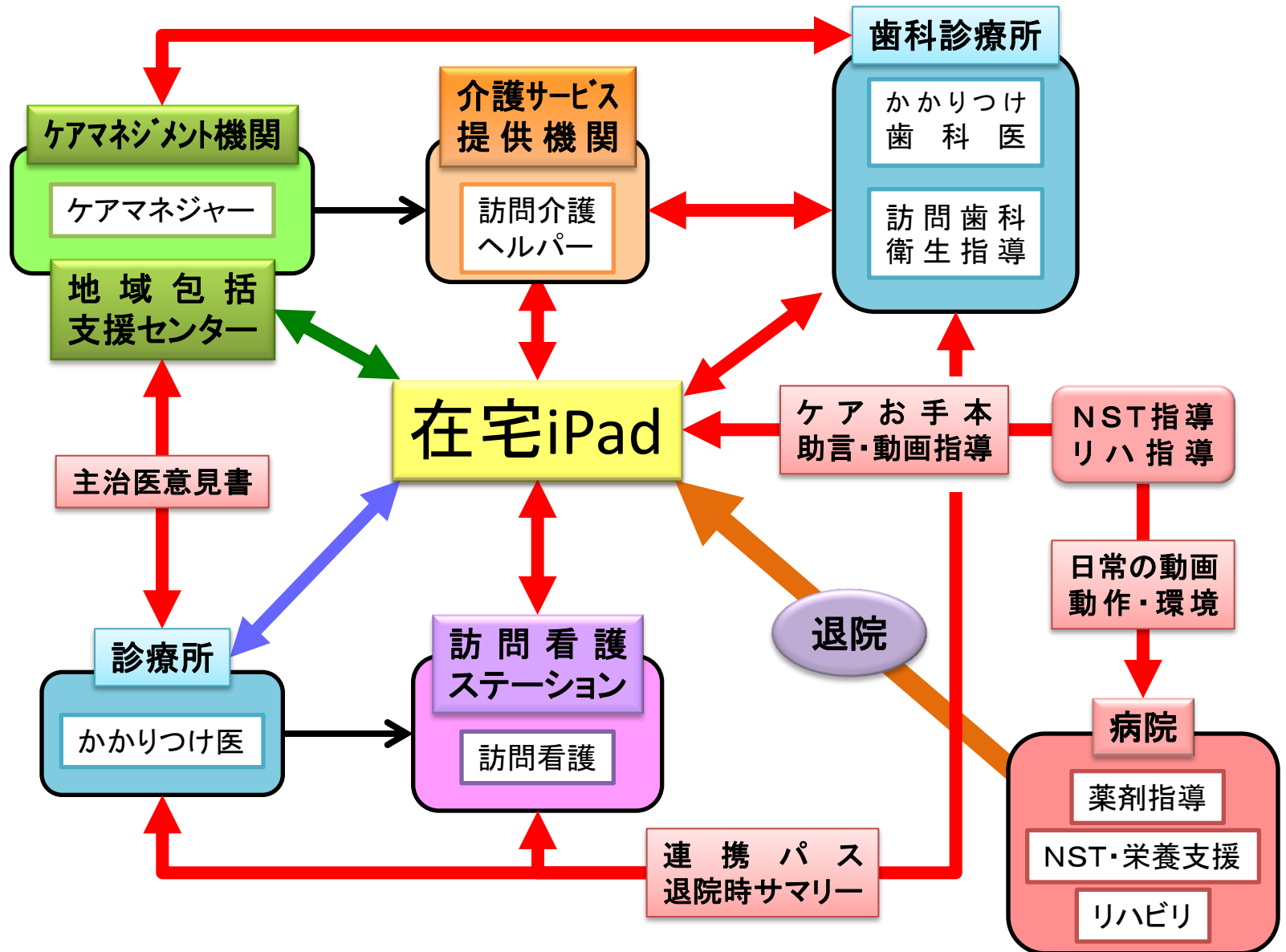
専門職による  
動画・コメントの入力

- 在宅iPad、事業者PC⇒ごはん録
- 訪問専門職による入力

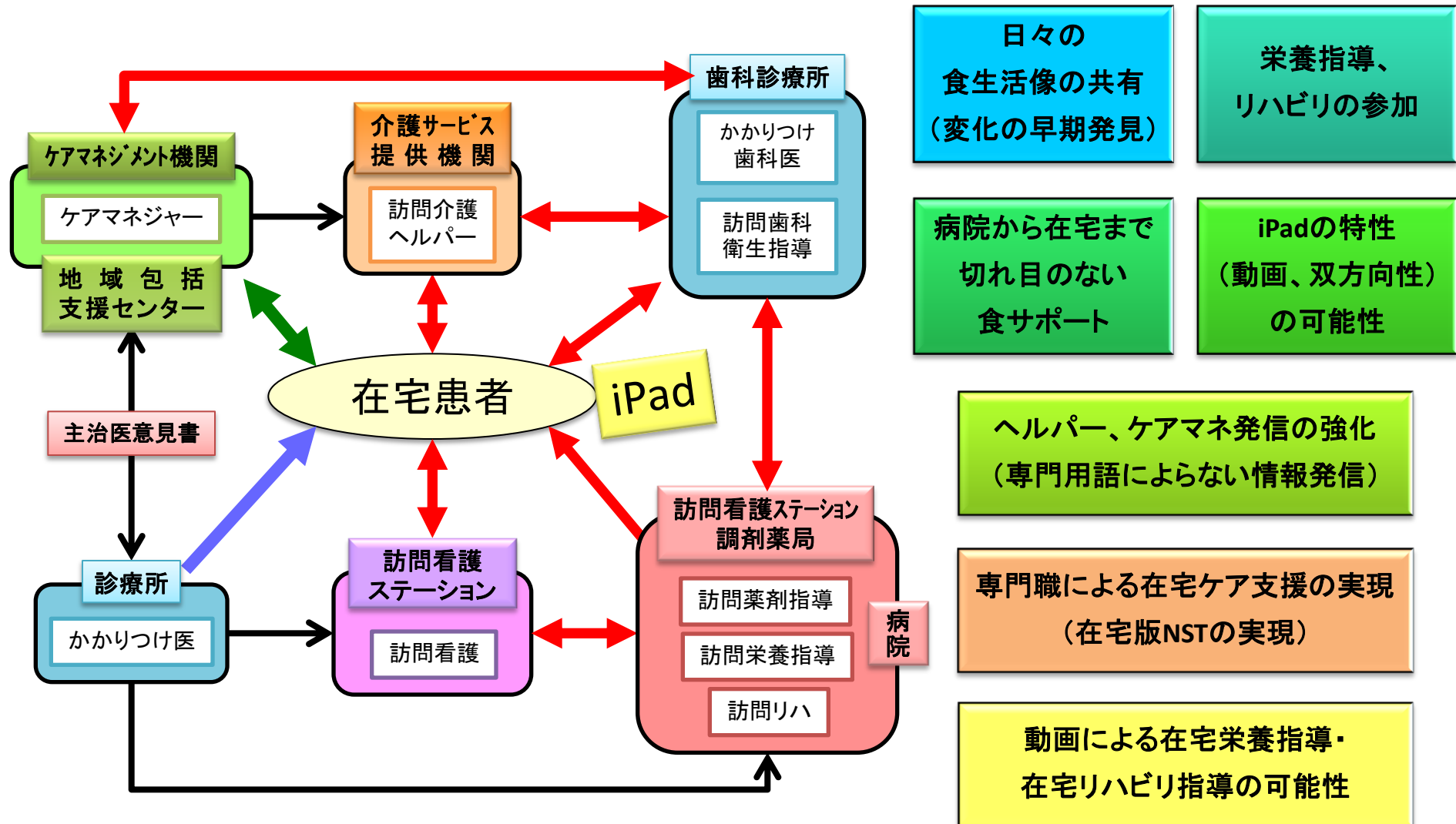
iPad「きょうのごはん録」の入力

- 在宅iPad⇒ごはん録
- 本人・介護者による入力

## iPad「在宅食支援」: 退院後継続カンファの可能性



# iPad「在宅食支援」が目指すもの



# 京都府歯科医師会の窓口 口腔サポートセンターとは

## 地域の連携窓口です。

- 「訪問歯科診療」「口腔ケア」などを推進する地域の連携窓口です。
- 例えば、在宅・病院・施設で病気などにより歯科医院に通院できない方に訪問歯科医を探します。

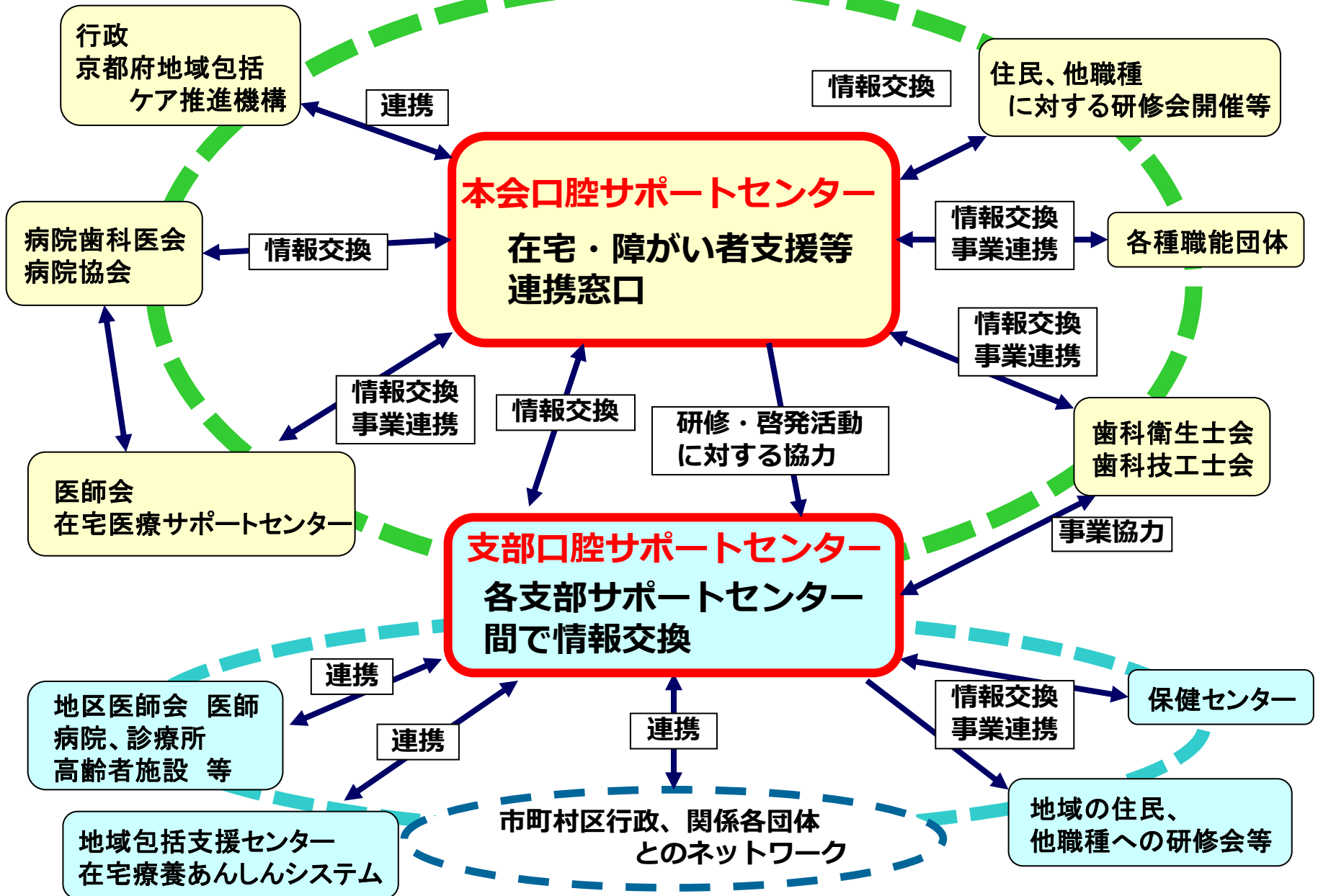
## 口腔サポートセンターネットワークを構築します。

- 京都府歯科医師会(本会)と各口腔サポートセンター(支部・地域)は連携して、口腔サポートセンターネットワークを構築します。

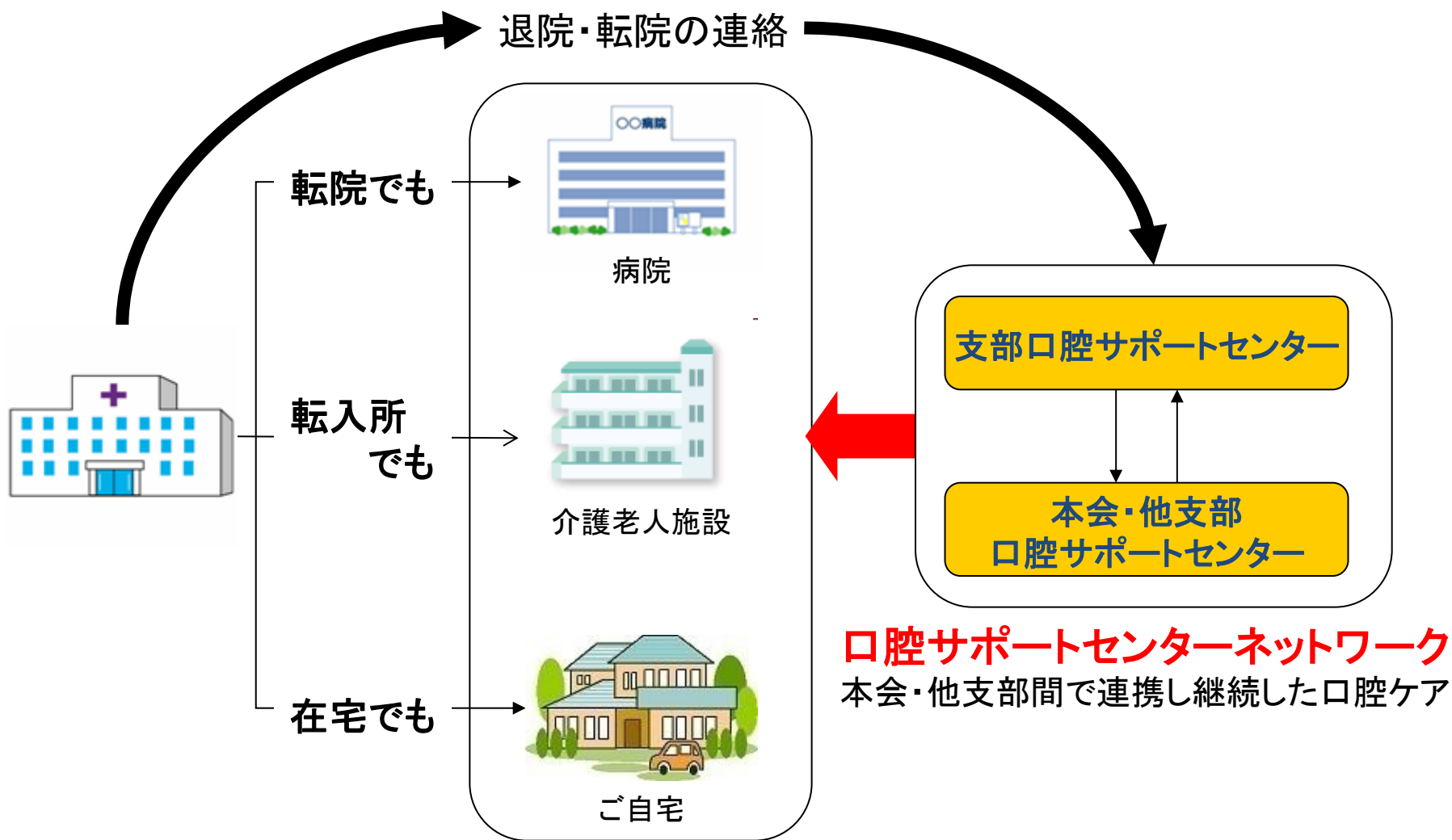
## 口腔保健の情報発信、研修会などを行います。

- 住民や他職種の方に対する情報発信、研修会などを行います。

# 口腔サポートセンターネットワーク連携図



# 口腔サポートセンターネットワークによる 継続した口腔サポートの実現



# ケアマネジャーと口腔サポートの協働

ケアマネジメント  
機関

ケアサービスのモニタリング

ケアプラン作成

サービス調整

情報交換

口腔ケア  
サービス調整

動画+タイムライン管理

歯科担当

地区歯科医師会  
口腔サポートセンター

システム管理

京都府歯科医師会  
口腔サポートセンター

京都府  
口腔保健支援センター

iPad「きょうのごはん録」  
支援体制

京都府歯科医師会  
口腔保健センター

地域ケア多職種協働推進事業

在宅医療連携拠点事業

# 「口腔ケア！」

ささやかだけれど、役にたつこと

— *A small, good thing* (Raymond Carver: 村上春樹訳) —

ご静聴ありがとうございました。