

平成 26 年度老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

管理栄養士による在宅高齢者の栄養
管理のあり方に関する調査研究事業
報告書

平成 27 年 3 月

公益社団法人 日本栄養士会

はじめに

現在の我が国は、超高齢社会であるとともに人口減少社会でもあり、これからしばらくの間は、生産年齢人口が減少する一方で高齢者人口（特に75歳以上の後期高齢者人口）が増加する人口構造が続くと推測されています。このような社会構造の変化のなかで、社会保険方式により運営する医療・介護保険は、その制度の持続可能性さえ危ぶまれる事態となってきました。

そこで近年、より注目されるようになってきたのが予防的対応です。

疾病予防や介護予防において栄養管理が重要であることは論を俟ちません。近年では、在宅高齢者における栄養管理は、フレイルや低栄養状態に陥らせないために非常に重要な課題として位置づけられ、平成27年4月の介護保険法改正のもとの「新しい総合事業」のメニューの一つとしても大きな期待をかけられているところです。

公益社団法人日本栄養士会では、このような時代の変化に対応すべく、さまざまな活動を行っています。その一つとして、地域における身近な栄養支援活動の拠点としての栄養ケア・ステーションを設置し、平成20年4月から全国展開するとともに、地域で活躍できる管理栄養士等の人材の育成にも力をいれています。

そして、平成26年度は厚生労働省の老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業として、「管理栄養士による在宅高齢者の栄養管理のあり方に関する調査研究事業」を実施しました。

本調査研究は、以下の調査を実施し、その結果を踏まえ、管理栄養士による居宅療養管理指導の方法、地域連携方法などのガイドおよびリーフレットを作成し、さらに全国4か所でその内容の説明をするためのセミナーを実施するという内容で構成しました。

1. 管理栄養士による居宅療養管理指導を実施しているかの実態調査

公益社団法人日本栄養士会会員であり日本在宅栄養管理学会会員（約800名）を対象に、「在宅高齢者への訪問栄養指導への取り組みに関する調査」を実施した。その結果、在宅訪問栄養食事指導のチームによる支援を実施している割合は、病院・診療所で61.2%を示した。連携職種は、他の管理栄養士・栄養士と連携するとの回答が最も多く、他職種とは68.5%に留まり、多くはケアマネジャーから依頼されていた。実施していないという回答では、どこから依頼を受けていいかわからない、施設の管理栄養士の人数が足りないとの回答が多かった。在宅訪問栄養食事指導の拡大には、地域のケアマネジャーなどとの連携が必須であることが示された。

2. 管理栄養士が在宅高齢者の栄養管理を行う体制の把握

公益社団法人日本栄養士会では、日本在宅栄養管理学会と連携し、平成 23 年度から「在宅訪問管理栄養士認定制度」を実施しているが、この制度による認定試験に合格した在宅訪問栄養食事指導を実施する管理栄養士が提出した事例レポートを対象とし、提出時と提出後の実態把握を行った。管理栄養士の所属は、病院が一番多く、社会福祉施設、老健、診療所の順であった。事例提出者の平均年齢は 43.1 歳であった。体制を把握するため、主治医からの在宅訪問栄養食事指導における指示事項を調査したところ、血糖コントロールがもっとも多く、在宅訪問栄養食事指導を実践した対象者の年齢は、糖尿病で前期高齢者から後期高齢者、低栄養、摂食・嚥下障害は後期高齢者に該当した。

3. 上記 1、2 の調査をもとに管理栄養士による在宅訪問栄養食事指導の改善効果を検証し、病院、診療所、介護老人保健施設や栄養ケア・ステーションなどの地域連携による在宅高齢者の摂食状況・栄養状況把握方法と栄養食事指導方法についてのヒアリングを実施し、管理栄養士による在宅高齢者への栄養ケア・マネジメントにもとづく有効な栄養指導方法について提案すべくガイドを作成した。

4. ガイドの活用および事例、地域連携方法等について、全国 4 か所にてセミナーを開催した。事例は様々であるが、管理栄養士による居宅療養管理指導を確実に実施することの重要性を確認することができた。

時代や地域住民の要請に応えるために、管理栄養士には何が必要なのか。また、現状の課題を解決するにはどのような対応が望まれるのか。管理栄養士一人ひとりが解決できる問題や、公益社団法人日本栄養士会として取り組むべき課題等もあると思います。これらを整理することで、管理栄養士は、これから確立されていく地域包括ケアシステムの一員として関係者から認知されるよう努力をしていかなければなりません。

最後に、本調査研究の実施にあたり多大なるご尽力をいただいた日本在宅栄養管理学会員の皆様、ご指導いただきました委員の皆様ならびにご協力をいただきました皆様に厚く感謝いたします。

平成27年3月

公益社団法人日本栄養士会 常任理事
栄養ケア・ステーション事業部長
田中 弥生

目 次

はじめに

I. 事業の概要

- 1) 事業名 3
- 2) 目的 3
- 3) 事業の効果および活用方法 4
- 4) 事業実施体制 5

II. 分担研究報告

- 1) 管理栄養士による在宅高齢者に対する在宅訪問栄養食事指導実施状況に関する実態調査 9
- 2) 在宅訪問栄養食事指導を実施する管理栄養士の実態調査 31
- 3) 管理栄養士による在宅訪問栄養食事指導の改善効果の検証 48
- 4) ヒアリング調査結果 74

III. 多職種から管理栄養士による在宅訪問栄養食事指導に期待すること

- 1) 医師より 83
- 2) 歯科医師より 85
- 3) 保健師より 87
- 4) ケアマネジャーより 88
- 5) 公益社団法人日本栄養士会栄養ケア・ステーションとの連携について 90

IV. セミナー実施報告 93

V. ガイド

- 1) 地域における訪問栄養食事ガイド概要 113
- 2) リーフレット（事業者向け・利用者向け） 114
- 3) 掲載事例 118

VI. (資料) 本研究調査用紙 133

I. 事業の概要

1. 事業名

管理栄養士による在宅高齢者の栄養管理のあり方に関する調査研究事業

2. 目的

在宅高齢者に対する栄養ケアの重要性が指摘されているにもかかわらず、管理栄養士による居宅療養管理指導での栄養管理が十分に実施されていないのが現状である。この要因にはいくつか考えられるが、そのひとつに管理栄養士の実施する体制や在宅高齢者の摂食状況、栄養状況の把握方法が確立していないという点があげられる。そのため、栄養ケア・マネジメントにもとづく居宅療養管理指導での栄養管理を実践しようとしても十分なケアプランを示すことができず、在宅高齢者や家族と連携する医師、看護師、ケアマネジャー等にその有効性が十分に認知されていない。さらに、栄養ケア・マネジメントを実践する管理栄養士自身の在宅訪問栄養食事指導に関わる管理栄養士の数も確保されていないため、摂食状況、栄養状況を把握できていない。そのため、効果的な栄養介入のタイミングや介入が十分ではなく、その有用性についても十分に認識されていない。そこで、栄養ケア・ステーション、病院、診療所、介護老人保健施設の管理栄養士が地域連携を強化し居宅療養管理指導でのサービスの方法を確立する必要がある。

これらの背景を踏まえ、本事業では次のことを明らかにすることを目的とする。

1) 管理栄養士による居宅療養管理指導の実施の有無

管理栄養士による居宅療養管理指導は公益社団法人日本栄養士会医療事業部の調査によれば、介護保険制度が施行されてから、平均 4%~6%しか実施しておらず、かなり低迷している。すなわち、全国的に在宅高齢者の摂食状況、栄養状況の把握は行なっても栄養食事指導の効果が十分に把握できていないのが実情である。

そこで、日本在宅栄養管理学会と連携し、すでに実施されている管理栄養士による居宅療養管理指導の事例の収集とともに、アンケートを実施し、居宅療養管理指導実施内容および実施できない場合の阻害要因（在宅療養患者の摂食状況、栄養状況が把握できない要因）を明らかにする。

具体的には、①日本在宅栄養管理学会と連携し、管理栄養士による居宅療養管理指導事例を収集すること、②公益社団法人日本栄養士会の会員であり日本在宅栄養管理学会に関わる管理栄養士が勤務する医療機関、栄養ケア・ステーション、介護老人保健施設に対し調査を行う。これにより、具体的には、各機関の在宅高齢者の摂食状況、栄養状態の把握状況を確認するとともに、管理栄養士による在宅訪問栄養食事指導の実施の有無、実施の場合はその実施方法および効果と課題、実施していない場合は実施に向けた阻害要因について明らかにする。

2) 管理栄養士による在宅高齢者への栄養管理を行う体制を明らかにする。

管理栄養士による在宅高齢者の栄養食事指導の有効性を唱える先行研究は多いものの、

バイタルデータの好転、食生活の適正化、QOL、ADL の向上といった具体的な変化を測定し、検証したものは少ない。また、介入方法についても、診療所や病院内の在宅医療チームとして訪問する場合や、栄養ケア・ステーションを介して診療所等と契約をしたり、その他の施設等から訪問する場合が考えられる。これらの在宅高齢者の摂食状況、栄養状態の把握方法について必ずしも統一的ではなく、実施機関あるいは管理栄養士のスキルにより差があるため、栄養ケア・マネジメントにもとづく栄養介入の質にバラつきがある。そこで本事業では管理栄養士による在宅高齢者への栄養食事指導の有効性を検証すべく調査を実施する。また、有効な栄養食事指導をする際に把握すべき、在宅高齢者の摂食状況、栄養状態のポイントについても示す。

3) 在宅高齢者の摂食状況・栄養状況把握方法と栄養食事指導方法と地域連携方法の提案 (ガイドライン作成)

調査をもとに管理栄養士による在宅訪問栄養食事指導の改善効果を検証し、管理栄養士による在宅高齢者への栄養ケア・マネジメントにもとづく有効な栄養指導方法について提案すべく、また、栄養ケア・ステーション、病院、診療所、介護老人保健施設などの管理栄養士による居宅療養管理指導の普及を目指して、次のフレームでガイドラインを作成する。

- ①在宅高齢者の栄養ケア・マネジメントの基本
- ②在宅高齢者の摂食状況、栄養状態の把握方法
- ③②にもとづく、在宅高齢者への有効な栄養食事指導の方法
- ④在宅高齢者の在宅訪問栄養食事指導の実際：事例集

4) ガイドの活用および事例、地域連携方法等について、全国 4 か所にてセミナーを開催した。事例は様々であるが、管理栄養士による居宅療養管理指導を確実に実施することの重要性を確認することができた。

3. 事業の効果および活用方法

- 1) 管理栄養士による居宅療養管理指導の実施の有無と栄養管理体制を把握し、在宅高齢者の摂食状況、栄養状態の把握方法の確立
- 2) 管理栄養士による在宅高齢者への栄養ケア・マネジメントにもとづく有効な栄養指導方法の提案：本事業を通じて、管理栄養士による在宅高齢者への有効な栄養管理のサービス提供方法が明らかになる。その結果を踏まえて、効果的な方法について考察し、臨床での実践方法について提案する。加えて、本調査を通じて、在宅高齢者の摂食状況、栄養状態の把握方法に関する有効な栄養指導方法を提案。病院・診療所・介護老人保健施設および栄養ケア・ステーション等の管理栄養士の育成に寄与することができると考えられる。
- 3) 継続的な普及：1)、2) にもとづいて、ガイドラインを作成する。そのガイドラインを活用したセミナーを開催し、ガイドラインや地域連携方法等日本栄養士会や日本在宅栄養管理学会等のネットワークを通じて普及啓発を行う。

4. 事業実施体制

本事業において、下記の委員会を設置した。

検討委員会（50音順）

- 遠藤 慶子（社会福祉士・介護支援専門員） 東京医科歯科大学大学院 講師
小野沢 滋（医 師） 北里大学病院トータルサポートセンター センター長
工藤 美香（管理栄養士） 南大和病院栄養部 部長
迫 和子（管理栄養士） 公益社団法人日本栄養士会 専務理事
○田中 弥生（管理栄養士） 駒沢女子大学 教授、公益社団法人日本栄養士会 常任理事
西村 一弘（管理栄養士） 緑風荘病院栄養科 主任、公益社団法人日本栄養士会 理事、
公益社団法人東京都栄養士会 会長
原 礼子（保健師） 慶應義塾大学 教授
平野 浩彦（歯科医師） 東京都健康長寿医療センター研究所 専門副部長
前田佳予子（管理栄養士） 武庫川女子大学 教授、日本在宅栄養管理学会 理事長
松崎 政三（管理栄養士） 関東学院大学 教授、日本在宅栄養管理学会 顧問
本川 佳子（管理栄養士） 駒沢女子大学健康栄養学科 研究補助員

ガイドライン委員会（50音順）

- 市原 幸文（管理栄養士） 鎌倉女子大学 教授
○井上 啓子（管理栄養士） 至学館大学 教授
齋藤 郁子（管理栄養士） サンシャイン栄養コンサルタント 代表
高崎 美幸（管理栄養士） 鶴巻温泉病院栄養サポート室 室長
武部久美子（管理栄養士） 藤女子大学 教授
富岡加代子（管理栄養士） 奈良女子大学 特任教授
中村 育子（管理栄養士） 福岡クリニック在宅部栄養課 課長、日本在宅栄養管理学会
副理事長
細山田洋子（管理栄養士） 淑徳大学 講師
水島 美保（管理栄養士） 山口内科
渡邊 和子（管理栄養士） くらしき作陽大学 准教授

事例検討ワーキンググループ（50音順）

- 清水 陽平（管理栄養士） 海老名メディカルプラザ栄養科 主任
宮司 智子（管理栄養士） 南大和病院栄養部 主任
米山久美子（管理栄養士） 地域栄養サポート自由が丘

※○印は委員長

II. 分担研究報告

管理栄養士による在宅高齢者に対する在宅訪問栄養食事指導実施状況に関する 実態調査

駒沢女子大学健康栄養学科 本川 佳子

1. 目的

管理栄養士による居宅療養管理指導は公益社団法人日本栄養士会医療事業部の調査によれば、介護保険が施行されてから、平均 4%~6%しか実施しておらず、かなり低迷している。そこで、日本在宅栄養管理学会と連携し、アンケートを実施し、居宅療養管理指導実施内容および実施できない場合の阻害要因（在宅療養患者の摂食状況、栄養状況が把握できない要因）を明らかにすることを目的とした。

2. 方法

(1) 対象者

2014 年 7 月時点で公益社団法人日本栄養士会および日本在宅栄養管理学会に所属する会員 804 名に郵送でアンケートを送付した。

(2) 調査項目

在宅訪問栄養食事指導実施状況について調査し、実施している場合には、①施設で実施している月ごとの訪問数、②在宅訪問栄養食事指導実施の際の連携職種・連携機関、③在宅訪問栄養食事指導の依頼ルートについて答えてもらい、実施していない場合には、①実施に至っていない理由、②今後在宅訪問栄養食事指導が必要であると感じるかについて答えてもらった。

(3) 集計方法

得られた結果は、①全体の集計、②施設ごとの集計を行った。②施設ごとの集計は病院・診療所、特別養護老人ホーム、薬局、フリーランス、介護老人保健施設、養護老人ホームについて集計し、大学、高校、行政、所属なしについては集計から除外した。

3. 結果

公益社団法人日本栄養士会および日本在宅栄養管理学会に所属する会員 804 名に郵送でアンケートを送付し、435 件の返信があった (54.1%)。そのうち、現在所属がなくアンケートに回答できないまたは白紙であった 16 件を除外し、419 件を解析対象とした (52.1%)。

(1) 全体の集計結果

1) 低栄養等の栄養状態にサポートが必要な高齢者に対して在宅訪問栄養食事指導を行っていますか

No.	カテゴリー名	n	%
1	実施している	111	26.5
2	実施していない	307	73.3
	無回答	1	0.2

(在宅訪問栄養食事指導を実施していると回答した者のみ)

2) 在宅訪問栄養食事指導のサポート体制・サポートの仕組みの有無... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	チームによる支援	42	37.8
2	職種ごとの個別の支援	66	59.5
	無回答	5	4.5
	非該当	308	

3) 在宅訪問栄養食事指導件数

合計	1193
平均	11

4) 在宅サポートに関係する職種... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	医師	76	68.5
2	歯科医師	18	16.2
3	保健師	5	4.5
4	看護師・准看護師	75	67.6
5	管理栄養士・栄養士	104	93.7
6	薬剤師	32	28.8
7	臨床検査技師	4	3.6
8	歯科衛生士	15	13.5
9	理学療法士	46	41.4
10	作業療法士	22	19.8
11	言語聴覚士	33	29.7
12	社会福祉士・ソーシャルワーカー	35	31.5
13	精神保健衛生士	2	1.8
14	ホームヘルパー	32	28.8
15	医療事務	24	21.6
16	介護福祉士	21	18.9
17	臨床心理士	1	0.9
18	その他	20	18.0
	無回答	1	0.9
	非該当	308	

5) 在宅訪問栄養食事指導対象者の依頼ルート... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	自施設からの退院時にそのまま在宅訪問栄養食事指導へと移行	42	37.8
2	他の病院・診療所からの依頼	44	39.6
3	地域包括支援センターからの依頼	25	22.5
4	訪問看護ステーションからの依頼	49	44.1
5	ケアマネジャーからの依頼	72	64.9
6	その他	33	29.7
	無回答	0	0.0
	非該当	308	

6) 在宅訪問栄養食事指導の連携機関... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	市町村	12	10.8
2	保健所・保健センター	2	1.8
3	医療機関	79	71.2
4	訪問看護ステーション	72	64.9
5	地域包括支援センター	37	33.3
6	居宅介護支援事業所	84	75.7
7	その他	18	16.2
	無回答	1	0.9
	非該当	308	

7) 在宅訪問栄養食事指導の利用者情報... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	市町村	9	8.1
2	保健所・保健センター	1	0.9
3	医療機関	82	73.9
4	訪問看護ステーション	66	59.5
5	地域包括支援センター	34	30.6
6	居宅介護支援事業所	83	74.8
7	その他	18	16.2
	無回答	1	
	非該当	308	

(在宅訪問栄養食事指導を実施していないと回答した者のみ)

8) 在宅訪問栄養食事指導の実施に至っていない理由... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	どこから依頼を受けていいかわからない	83	27.0
2	在宅訪問栄養食事指導となる対象者がいない	47	15.3
3	対象者ご本人、ご家族が好まない	13	4.2
4	他職種の対応で十分である	16	5.2
5	在宅訪問栄養食事指導が必要となる基準がわからない	34	11.1
6	管理栄養士のスキルが不足しているように感じる	46	15.0
7	その他	177	57.7
	無回答	2	
	非該当	112	

9) 今後、在宅訪問栄養食事指導の必要性... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	必要であると感じる	89	29.0
2	必要性は感じるが施設の状態により困難である	170	55.4
3	現在実施していないが実施に向けて検討中である	32	10.4
4	施設内の連携のみで十分であると感じている	9	2.9
5	その他	26	8.5
	無回答	5	
	非該当	112	

10) 困難である理由... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	施設の管理栄養士の人数が足りない	93	54.7
2	管理栄養士のスキルの不足	41	24.1
3	施設内の理解を得にくい	69	40.6
4	在宅訪問栄養食事指導を実施しても採算がとれない	65	38.2
5	その他	33	19.4
	無回答	2	
	非該当	249	

全体の集計結果より、1) 在宅訪問栄養食事指導を実施していると回答した者の割合は26.5%であった。

しかし、在宅訪問栄養食事指導を実施していると答えた者のうち、2) 他職種連携を実施していると回答した割合は37.8%であり、60%以上の者が管理栄養士・栄養士による個別の支援であると回答した。また、この結果と同様に4) 在宅訪問栄養食事指導に関係する職種も管理栄養士・栄養士と答える割合が最も高かった。

在宅訪問栄養食事指導の5) 依頼ルート、6) 連携機関、7) 利用者情報をどこから得るかという回答は、ケアマネジャーからの依頼が64.9%、居宅介護支援事業所と連携および利用者情報を得るがそれぞれ75.7%、74.8%で最も高い割合を示した。

以上、在宅訪問栄養食事指導を実施しているとの回答結果より、在宅訪問栄養食事指導はまだ個別の支援が多い状況であるが、ケアマネジャー、居宅介護支援事業所からのニーズが高いことが示された。

次に、在宅訪問栄養食事指導を実施していないと回答した者では、8) 実施に至っていない理由として、その他が57.7%と最も高く、その内容は人員不足が最も多かった。また、どこから依頼を受けていいかわからないという回答が次いで27.0%の割合を示した。9) 必要性を感じるかという質問では、必要性は感じているが、施設の状況により困難であるという回答が55.4%であり、その内容は10) 施設の管理栄養士の人数が足りないが54.7%で最も高い割合を示した。

以上、在宅訪問栄養食事指導を実施していないとの回答結果より、地域在住高齢者に対する在宅訪問栄養食事指導の必要性は高い割合で認知されているが、現在抱えている仕事に追加して在宅へ行くことは難しいと考えている管理栄養士・栄養士が多いことが示された。

(2) 施設ごとの集計結果

<病院・診療所>

1) 低栄養等の栄養状態にサポートが必要な高齢者に対して在宅訪問栄養食事指導を行っていますか

No.	カテゴリー名	n	%
1	実施している	67	38.7
2	実施していない	106	61.3
	無回答	0	

(病院・診療所：実施していると回答した者のみ)

2) 在宅訪問栄養食事指導のサポート体制・サポートの仕組みの有無... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	チームによる支援	41	61.2
2	職種ごとの個別の支援	25	37.3
	無回答	1	1.5
	非該当	106	

3) 在宅訪問栄養食事指導件数

合計	794
平均	12

4) 在宅サポートに関係する職種... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	医師	56	83.6
2	歯科医師	14	20.9
3	保健師	2	3.0
4	看護師・准看護師	55	82.1
5	管理栄養士・栄養士	64	95.5
6	薬剤師	20	29.9
7	臨床検査技師	4	6.0
8	歯科衛生士	13	19.4
9	理学療法士	37	55.2
10	作業療法士	18	26.9
11	言語聴覚士	26	38.8
12	社会福祉士・ソーシャルワーカー	25	37.3
13	精神保健衛生士	1	1.5
14	ホームヘルパー	23	34.3
15	医療事務	20	29.9
16	介護福祉士	15	22.3
17	臨床心理士	1	1.5
18	その他	12	17.9
	無回答	0	
	非該当	106	

5) 在宅訪問栄養食事指導対象者の依頼ルート... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	自施設からの退院時にそのまま在宅訪問栄養食事指導へと移行	35	52.4
2	他の病院・診療所からの依頼	22	32.8
3	地域包括支援センターからの依頼	12	17.9
4	訪問看護ステーションからの依頼	32	47.8
5	ケアマネジャーからの依頼	43	64.2
6	その他	22	32.8
	無回答	0	
	非該当	106	

6) 在宅訪問栄養食事指導の連携機関... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	市町村	6	9.0
2	保健所・保健センター	0	0.0
3	医療機関	44	76.1
4	訪問看護ステーション	45	64.2
5	地域包括支援センター	19	26.9
6	居宅介護支援事業所	50	74.6
7	その他	9	16.4
	無回答	0	
	非該当	106	

7) 在宅訪問栄養食事指導の利用者情報... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	市町村	6	9.0
2	保健所・保健センター	0	0.0
3	医療機関	51	76.1
4	訪問看護ステーション	43	64.2
5	地域包括支援センター	18	26.9
6	居宅介護支援事業所	50	74.6
7	その他	11	16.4
	無回答	0	
	非該当	106	

(病院・診療所：実施していないと回答した者のみ)

8) 在宅訪問栄養食事指導の実施に至っていない理由... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	どこから依頼を受けていいかわからない	24	22.6
2	在宅訪問栄養食事指導となる対象者がいない	21	19.8
3	対象者ご本人、ご家族が好まない	6	5.7
4	他職種の対応で十分である	8	7.6
5	在宅訪問栄養食事指導が必要となる基準がわからない	13	12.3
6	管理栄養士のスキルが不足しているように感じる	20	18.9
7	その他	53	50.0
	無回答	0	
	非該当	67	

9) 今後、在宅訪問栄養食事指導の必要性... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	必要であると感じる	25	23.6
2	必要性は感じるが施設の状況により困難である	60	56.6
3	現在実施していないが実施に向けて検討中である	18	17.0
4	施設内の連携のみで十分であると感じている	1	0.9
5	その他	5	4.7
	無回答	0	
	非該当	67	

10) 困難である理由... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	施設の管理栄養士の人数が足りない	36	34.0
2	管理栄養士のスキルの不足	15	14.2
3	施設内の理解を得にくい	20	18.9
4	在宅訪問栄養食事指導を実施しても採算がとれない	20	18.9
5	その他	8	7.6
	無回答	0	
	非該当	7	

<特別養護老人ホーム>

1) 低栄養等の栄養状態にサポートが必要な高齢者に対して在宅訪問栄養食事指導を行っていますか

No.	カテゴリー名	n	%
1	実施している	0	0.0
2	実施していない	50	100.0
	無回答	0	0.0

(特養：実施していないと回答した者のみ)

8) 在宅訪問栄養食事指導の実施に至っていない理由... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	どこから依頼を受けていいかわからない	17	34.0
2	在宅訪問栄養食事指導となる対象者がいない	5	10.0
3	対象者ご本人、ご家族が好まない	1	2.0
4	他職種の対応で十分である	4	8.0
5	在宅訪問栄養食事指導が必要となる基準がわからない	5	10.0
6	管理栄養士のスキルが不足しているように感じる	9	18.0
7	その他	33	66.0
	無回答	0	0.0
	非該当	0	

9) 今後、在宅訪問栄養食事指導の必要性... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	必要であると感じる	18	36.0
2	必要性は感じるが施設の状況により困難である	29	58.0
3	現在実施していないが実施に向けて検討中である	2	4.0
4	施設内の連携のみで十分であると感じている	3	6.0
5	その他	3	6.0
	無回答	0	
	非該当	0	

10) 困難である理由... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	施設の管理栄養士の人数が足りない	19	38.0
2	管理栄養士のスキルの不足	9	18.0
3	施設内の理解を得にくい	16	32.0
4	在宅訪問栄養食事指導を実施しても採算がとれない	17	34.0
5	その他	4	8.0
	無回答	0	
	非該当	21	

<フリーランス>

1) 低栄養等の栄養状態にサポートが必要な高齢者に対して在宅訪問栄養食事指導を行っていますか

No.	カテゴリー名	n	%
1	実施している	10	50.0
2	実施していない	9	45.0
	無回答	1	5.0

(フリーランス：実施していると回答した者のみ)

2) 在宅訪問栄養食事指導のサポート体制・サポートの仕組みの有無... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	チームによる支援	5	55.6
2	職種ごとの個別の支援	2	22.2
	無回答	3	
	非該当	10	

3) 在宅訪問栄養食事指導件数

合計	60
平均	6

4) 在宅サポートに関係する職種... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	医師	3	33.3
2	歯科医師	2	22.1
3	保健師	1	11.1
4	看護師・准看護師	3	33.3
5	管理栄養士・栄養士	8	88.9
6	薬剤師	1	11.1
7	臨床検査技師	0	0.0
8	歯科衛生士	2	22.2
9	理学療法士	2	22.2
10	作業療法士	0	0.0
11	言語聴覚士	2	22.2
12	社会福祉士・ソーシャルワーカー	1	11.1
13	精神保健衛生士	0	0.0
14	ホームヘルパー	2	22.2
15	医療事務	0	0.0
16	介護福祉士	2	22.2
17	臨床心理士	0	0.0
18	その他	1	11.1
	無回答	1	
	非該当	9	

5) 在宅訪問栄養食事指導対象者の依頼ルート... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	自施設からの退院時にそのまま在宅訪問栄養食事指導へと移行	1	11.1
2	他の病院・診療所からの依頼	6	66.7
3	地域包括支援センターからの依頼	4	44.4
4	訪問看護ステーションからの依頼	4	44.4
5	ケアマネジャーからの依頼	6	66.7
6	その他	2	22.2
	無回答	0	0.0
	非該当	9	

6) 在宅訪問栄養食事指導の連携機関... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	市町村	1	11.1
2	保健所・保健センター	6	66.7
3	医療機関	4	44.4
4	訪問看護ステーション	4	44.4
5	地域包括支援センター	6	66.7
6	居宅介護支援事業所	2	22.2
7	その他	0	0.0
	無回答	0	
	非該当	9	

7) 在宅訪問栄養食事指導の利用者情報... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	市町村	1	11.1
2	保健所・保健センター	0	0.0
3	医療機関	7	77.8
4	訪問看護ステーション	6	66.7
5	地域包括支援センター	4	44.4
6	居宅介護支援事業所	8	88.9
7	その他	2	22.2
	無回答	0	
	非該当	9	

(フリーランス：実施していないと回答した者のみ)

8) 在宅訪問栄養食事指導の実施に至っていない理由... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	どこから依頼を受けていいかわからない	5	50.0
2	在宅訪問栄養食事指導となる対象者がいない	1	10.0
3	対象者ご本人、ご家族が好まない	0	0.0
4	他職種の対応で十分である	0	0.0
5	在宅訪問栄養食事指導が必要となる基準がわからない	0	0.0
6	管理栄養士のスキルが不足しているように感じる	3	30.0
7	その他	5	50.0
	無回答	1	
	非該当	10	

9) 今後、在宅訪問栄養食事指導の必要性... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	必要であると感じる	4	40.0
2	必要性は感じるが施設の状態により困難である	4	40.0
3	現在実施していないが実施に向けて検討中である	0	0.0
4	施設内の連携のみで十分であると感じている	0	0.0
5	その他	1	10.0
	無回答	1	
	非該当	10	

10) 困難である理由... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	施設の管理栄養士の人数が足りない	0	0.0
2	管理栄養士のスキルの不足	2	20.0
3	施設内の理解を得にくい	0	0.0
4	在宅訪問栄養食事指導を実施しても採算がとれない	1	10.0
5	その他	2	20.0
	無回答	4	
	非該当	6	

<訪問看護ステーション>

1) 低栄養等の栄養状態にサポートが必要な高齢者に対して在宅訪問栄養食事指導を行っていますか

No.	カテゴリー名	n	%
1	実施している	0	0.0
2	実施していない	1	100.0
	無回答	0	0.0

(訪看：実施していると回答した者のみ)

8) 在宅訪問栄養食事指導の実施に至っていない理由... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	どこから依頼を受けていいかわからない	1	100.0
2	在宅訪問栄養食事指導となる対象者がいない	0	0.0
3	対象者ご本人、ご家族が好まない	0	0.0
4	他職種の対応で十分である	0	0.0
5	在宅訪問栄養食事指導が必要となる基準がわからない	0	0.0
6	管理栄養士のスキルが不足しているように感じる	0	0.0
7	その他	0	0.0
	無回答	0	
	非該当	0	

9) 今後、在宅訪問栄養食事指導の必要性... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	必要であると感じる	1	100.0
2	必要性は感じるが施設の状態により困難である	0	0.0
3	現在実施していないが実施に向けて検討中である	0	0.0
4	施設内の連携のみで十分であると感じている	0	0.0
5	その他	0	0.0
	無回答	0	
	非該当	0	

10) 困難である理由... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	施設の管理栄養士の人数が足りない	0	0.0
2	管理栄養士のスキルの不足	0	0.0
3	施設内の理解を得にくい	0	0.0
4	在宅訪問栄養食事指導を実施しても採算がとれない	0	0.0
5	その他	0	0.0
	無回答	1	100.0
	非該当		

<薬局>

1) 低栄養等の栄養状態にサポートが必要な高齢者に対して在宅訪問栄養食事指導を行っていますか

No.	カテゴリー名	n	%
1	実施している	2	28.6
2	実施していない	5	71.4
	無回答	0	0.0

(薬局：実施していると回答した者のみ)

2) 在宅訪問栄養食事指導のサポート体制・サポートの仕組みの有無... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	チームによる支援	1	50.0
2	職種ごとの個別の支援	1	50.0
	無回答	0	
	非該当	5	

3) 在宅訪問栄養食事指導件数

合計	6
平均	6

※無回答1件

4) 在宅サポートに関係する職種... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	医師	0	0.0
2	歯科医師	0	0.0
3	保健師	0	0.0
4	看護師・准看護師	0	0.0
5	管理栄養士・栄養士	2	100.0
6	薬剤師	2	100.0
7	臨床検査技師	0	0.0
8	歯科衛生士	0	0.0
9	理学療法士	0	0.0
10	作業療法士	0	0.0
11	言語聴覚士	0	0.0
12	社会福祉士・ソーシャルワーカー	0	0.0
13	精神保健衛生士	0	0.0
14	ホームヘルパー	0	0.0
15	医療事務	0	0.0
16	介護福祉士	0	0.0
17	臨床心理士	0	0.0
18	その他	1	50.0
	無回答	0	
	非該当	5	

5) 在宅訪問栄養食事指導対象者の依頼ルート... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	自施設からの退院時にそのまま在宅訪問栄養食事指導へと移行	0	0.0
2	他の病院・診療所からの依頼	2	100.0
3	地域包括支援センターからの依頼	1	50.0
4	訪問看護ステーションからの依頼	2	100.0
5	ケアマネジャーからの依頼	2	100.0
6	その他	1	50.0
	無回答	0	
	非該当	5	

6) 在宅訪問栄養食事指導の連携機関... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	市町村	1	50.0
2	保健所・保健センター	0	0.0
3	医療機関	2	100.0
4	訪問看護ステーション	2	100.0
5	地域包括支援センター	1	50.0
6	居宅介護支援事業所	2	100.0
7	その他	1	50.0
	無回答	0	0.0
	非該当	5	

7) 在宅訪問栄養食事指導の利用者情報... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	市町村	1	50.0
2	保健所・保健センター	0	0.0
3	医療機関	2	100.0
4	訪問看護ステーション	2	100.0
5	地域包括支援センター	1	50.0
6	居宅介護支援事業所	2	100.0
7	その他	1	50.0
	無回答	0	0.0
	非該当	5	

(薬局：実施してないと回答した者のみ)

8) 在宅訪問栄養食事指導の実施に至っていない理由... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	どこから依頼を受けていいかわからない	0	0.0
2	在宅訪問栄養食事指導となる対象者がいない	0	0.0
3	対象者ご本人、ご家族が好まない	0	0.0
4	他職種の対応で十分である	0	0.0
5	在宅訪問栄養食事指導が必要となる基準がわからない	0	0.0
6	管理栄養士のスキルが不足しているように感じる	1	20.0
7	その他	4	80.0
	無回答	0	
	非該当	2	

9) 今後、在宅訪問栄養食事指導の必要性... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	必要であると感じる	1	20.0
2	必要性は感じるが施設の状況により困難である	3	60.0
3	現在実施していないが実施に向けて検討中である	1	20.0
4	施設内の連携のみで十分であると感じている	0	0.0
5	その他	0	0.0
	無回答	1	
	非該当	2	

10) 困難である理由... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	施設の管理栄養士の人数が足りない	0	0.0
2	管理栄養士のスキルの不足	0	0.0
3	施設内の理解を得にくい	1	20.0
4	在宅訪問栄養食事指導を実施しても採算がとれない	0	0.0
5	その他	2	40.0
	無回答	2	
	非該当	2	

<介護老人保健施設>

1) 低栄養等の栄養状態にサポートが必要な高齢者に対して在宅訪問栄養食事指導を行っていますか

No.	カテゴリー名	n	%
1	実施している	1	2.0
2	実施していない	49	98.0
	無回答	0	0.0

(老健：実施していると回答した者のみ)

2) 在宅訪問栄養食事指導のサポート体制・サポートの仕組みの有無... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	チームによる支援	0	0.0
2	職種ごとの個別の支援	1	100.0
	無回答	0	
	非該当	49	

3) 在宅訪問栄養食事指導件数

合計	1
平均	1

4) 在宅サポートに関係する職種... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	医師	1	100.0
2	歯科医師	0	0.0
3	保健師	0	0.0
4	看護師・准看護師	1	100.0
5	管理栄養士・栄養士	0	0.0
6	薬剤師	0	0.0
7	臨床検査技師	0	0.0
8	歯科衛生士	0	0.0
9	理学療法士	1	100.0
10	作業療法士	0	0.0
11	言語聴覚士	1	100.0
12	社会福祉士・ソーシャルワーカー	1	100.0
13	精神保健衛生士	0	0.0
14	ホームヘルパー	0	0.0
15	医療事務	0	0.0
16	介護福祉士	1	100.0
17	臨床心理士	0	0.0
18	その他	1	100.0
	無回答	0	
	非該当	49	

5) 在宅訪問栄養食事指導対象者の依頼ルート... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	自施設からの退院時にそのまま在宅訪問栄養食事指導へと移行	1	100.0
2	他の病院・診療所からの依頼	0	0.0
3	地域包括支援センターからの依頼	1	100.0
4	訪問看護ステーションからの依頼	0	0.0
5	ケアマネジャーからの依頼	1	100.0
6	その他	0	0.0
	無回答	0	0.0
	非該当	49	

6) 在宅訪問栄養食事指導の連携機関... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	市町村	0	0.0
2	保健所・保健センター	0	0.0
3	医療機関	1	100.0
4	訪問看護ステーション	1	100.0
5	地域包括支援センター	1	100.0
6	居宅介護支援事業所	1	100.0
7	その他	0	0.0
	無回答	0	0.0
	非該当	49	

7) 在宅訪問栄養食事指導の利用者情報... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	市町村	0	0.0
2	保健所・保健センター	0	0.0
3	医療機関	0	0.0
4	訪問看護ステーション	1	100.0
5	地域包括支援センター	1	100.0
6	居宅介護支援事業所	1	100.0
7	その他	0	0.0
	無回答	0	0.0
	非該当	49	

(老健：実施していないと回答した者のみ)

8) 在宅訪問栄養食事指導の実施に至っていない理由... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	どこから依頼を受けていいかわからない	13	27.1
2	在宅訪問栄養食事指導となる対象者がいない	9	18.8
3	対象者ご本人、ご家族が好まない	5	10.4
4	他職種の対応で十分である	1	2.1
5	在宅訪問栄養食事指導が必要となる基準がわからない	6	12.5
6	管理栄養士のスキルが不足しているように感じる	3	6.3
7	その他	27	56.3
	無回答	0	
	非該当	1	

9) 今後、在宅訪問栄養食事指導の必要性... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	必要であると感じる	7	14.6
2	必要性は感じるが施設の状況により困難である	34	70.8
3	現在実施していないが実施に向けて検討中である	5	10.4
4	施設内の連携のみで十分であると感じている	2	4.2
5	その他	5	10.4
	無回答	0	
	非該当	1	

10) 困難である理由... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	施設の管理栄養士の人数が足りない	17	35.4
2	管理栄養士のスキルの不足	4	8.3
3	施設内の理解を得にくい	15	31.3
4	在宅訪問栄養食事指導を実施しても採算がとれない	10	20.8
5	その他	8	16.7
	無回答	1	
	非該当	15	

<養護老人ホーム>

1) 低栄養等の栄養状態にサポートが必要な高齢者に対して在宅訪問栄養食事指導を行っていますか

No.	カテゴリー名	n	%
1	実施している	0	0.0
2	実施していない	2	100.0
	無回答	0	

8) 在宅訪問栄養食事指導の実施に至っていない理由... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	どこから依頼を受けていいかわからない	1	50.0
2	在宅訪問栄養食事指導となる対象者がいない	0	0.0
3	対象者ご本人、ご家族が好まない	0	0.0
4	他職種の対応で十分である	0	0.0
5	在宅訪問栄養食事指導が必要となる基準がわからない	0	0.0
6	管理栄養士のスキルが不足しているように感じる	1	50.0
7	その他	1	50.0
	無回答	0	
	非該当	0	

9) 今後、在宅訪問栄養食事指導の必要性... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	必要であると感じる	1	50.0
2	必要性は感じるが施設の状況により困難である	0	0.0
3	現在実施していないが実施に向けて検討中である	0	0.0
4	施設内の連携のみで十分であると感じている	1	50.0
5	その他	0	0.0
	無回答	0	
	非該当	0	

10) 困難である理由... (MA)

No.	カテゴリー名	n	%
1	施設の管理栄養士の人数が足りない	0	0.0
2	管理栄養士のスキルの不足	0	0.0
3	施設内の理解を得にくい	0	0.0
4	在宅訪問栄養食事指導を実施しても採算がとれない	0	0.0
5	その他	0	0.0
	無回答	0	
	非該当	0	

施設ごとの集計結果より、病院・診療所、特別養護老人ホーム、フリーランスでの活動、訪問看護ステーション、薬局、介護老人保健施設、養護老人ホームに所属する管理栄養士・栄養士による 1) 在宅訪問栄養食事指導実施率は、それぞれ 38.7%、0%、50.0%、0%、28.6%、2%、0%であった。また、実施している病院・診療所、フリーランス、薬局、介護老人保健施設の施設ごとの 3) 訪問件数(件/月)は、それぞれ平均 12 件、6 件、6 件、1 件であり、病院・診療所に所属する管理栄養士・栄養士による件数が最も多かった。

薬局、介護老人保健施設では在宅訪問栄養食事指導実施数が、それぞれ 2 件、1 件と少ないが、病院・診療所、フリーランスで活動する管理栄養士・栄養士ほど他職種と連携して在宅訪問栄養食事指導を実施している割合が高い可能性が示された。

4) 連携職種については、病院・診療所、フリーランス、薬局、介護老人保健施設すべてで管理栄養士・栄養士との連携が高い割合を示した。病院・診療所では次いで医師との連携が 83.6%と最も高くなっていたが、病院・診療所においても在宅訪問栄養食事指導の際、医師との連携の割合は 100%を示さない現状が浮かび上がった。

在宅訪問栄養食事指導の 5) 依頼ルート、6) 連携機関、7) 利用者情報をどこから得るかという回答は、ケアマネジャーからの依頼が最も多く、居宅介護支援事業所と連携および利用者情報を得るが最も高い割合を示した。病院・診療所においても自施設からの退院時にそのまま在宅訪問栄養食事指導へと移行が 52.4%であるのに対し、ケアマネジャーからの依頼が 64.2%と高くなっていた。

以上の病院・診療所、フリーランス、薬局、介護老人保健施設における実施しているとの回答結果より、在宅訪問栄養食事指導を実施件数は病院・診療所が最も多く、すべての施設でケアマネジャー、居宅介護支援事業所からの依頼が多いことが示された。

また、全体の結果と同様に医師との連携の低さが示された。病院・診療所においても医師との連携は 83.6%に留まり、100%の連携を得ることができていない。

次に在宅訪問栄養食事指導を実施していないという回答では、病院、特別養護老人ホーム、フリーランス、訪問看護ステーション、薬局、介護老人保健施設すべてにおいて、実施に至っていない理由は、どこから依頼を受けていいかわからない、施設の人数が足りないと回答していた。また、特別養護老人ホームにおいては、在宅訪問栄養食事指導を実施しても採算がとれないという回答も多くなっていた。

4. まとめ

- 1) 本事業調査対象者の在宅訪問栄養食事指導実施率は、全国平均と比較して高い割合を示した。
- 2) 実施している者のうち、他職種と連携して在宅訪問栄養食事指導を行っている割合は、病院・診療所で61.2%を示したが、その他の施設では約50%に留まった。また全体の平均では37.8%という結果であった。
- 3) 在宅訪問栄養食事指導の際に連携している職種では、すべての施設で管理栄養士・栄養士と連携するとの回答が最も多くなっていた。医師との連携状況は、病院・診療所において83.6%を示したが、全体では68.5%に留まった。
- 4) 在宅訪問栄養食事指導実施に至った背景は、ケアマネジャーから依頼され、居宅支援事業所から利用者情報を得ているとの回答が全体・すべての施設で最も多かった。
- 5) 在宅訪問栄養食事指導を実施していないという回答では、病院・診療所、特別養護老人ホーム、フリーランス、訪問看護ステーション、薬局、介護老人保健施設すべてにおいて、実施に至っていない理由は、どこから依頼を受けていいかわからない、施設の人数が足りないと回答していた。また、特別養護老人ホームにおいては、在宅訪問栄養食事指導を実施しても採算がとれないという回答も多くなっていた。

以上の結果から、医師との連携方法や医療機関との契約を管理栄養士・栄養士は必須の知識として学び、そのスキルを向上させなければならないと考えられる。フリーランスの管理栄養士が訪問する場合や地域の居宅療養管理指導事業所に所属する管理栄養士が訪問する場合は、契約先の診療所を増やすために管理栄養士による積極的な働きかけが必要である。特に居宅療養管理指導事業所に所属する管理栄養士の場合は、療養者ごとに主治医が異なり、面識のない主治医と連携を図る必要があり、また療養者の介護保険の請求も管理栄養士自身が行わなければならない¹⁾。そして、管理栄養士による在宅訪問栄養食事指導を拡大するためには、地域のケアマネジャーとの連携が必須であることが示された。今後はさらにケアマネジャー、居宅介護支援事業所との連携方法と詳細なニーズを把握するための調査が必要である。

井上ら²⁾は、在宅訪問栄養食事指導を実際に行っている管理栄養士を対象に、介入前後の効果を体重、栄養素等摂取量、QOL、ADLを指標に検討し、管理栄養士の在宅訪問栄養食事指導介入により、栄養素等摂取量、QOL、ADLが有意に増加・改善することを示している。前田ら³⁾は、在宅訪問栄養食事指導の導入に効果があると多職種に理解されてもなぜ、実施率が低いのか、その原因を明らかにするために調査を行った結果、栄養ケア・マネジメントにおける管理栄養士の業務を明確に示すことが必要であると示している。

今後は、地域在住高齢者の栄養・食事の問題を把握し解決するために、医師・ケアマネジャーとの連携強化、管理栄養士による在宅訪問栄養食事指導実施の周知が必要である。また、在宅訪問栄養食事指導ができる管理栄養士の養成と増員、地域社会に密着した管理

栄養士の存在が必要である。特に地域包括支援センターなどへの配置や各都道府県栄養士会の栄養ケア・ステーションにおける在宅訪問栄養食事指導に関する情報・支援の充実が必要であると考えられた。

参考文献

- 1) 地域における在宅訪問栄養食事指導ガイド（2015），平成26年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業管理栄養士による在宅高齢者の栄養管理のあり方に関する調査研究事業
- 2) 井上啓子，中村育子，高崎美幸，前田玲，齋藤郁子，前田佳予子，田中弥生：在宅訪問栄養食事指導による栄養介入方法とその改善効果の検証，日本栄養士会雑誌（栄養日本），55，40-48（2012）
- 3) 前田佳予子，手嶋登志子，中村育子，田中弥生：ケアマネジメントにおける在宅訪問栄養食事指導の現状および問題点—栄養ケア・ステーションの今後の展開—，日本栄養士会雑誌（栄養日本），53，648-656（2010）

在宅訪問栄養食事指導を実施する管理栄養士実態調査

「在宅訪問管理栄養士認定制度」（公益社団法人日本栄養士会認定）における事例レポートより

武庫川女子大学教授、日本在宅栄養管理学会理事長 前田佳予子

1. 目的

在宅高齢者に対する栄養ケアの重要性が指摘されているにもかかわらず、管理栄養士による居宅療養管理指導での栄養管理が十分に実施されていないのが現状である。この要因にはいくつか考えられるが、その一つに管理栄養士の実施する体制や在宅高齢者の摂食状況、栄養状況の把握方法が十分に確立していないという点があげられる。そのために栄養ケア・マネジメントに基づく居宅療養管理指導での栄養管理を実践しようとしても十分なケアプランを示すことができず、在宅高齢者やその家族と連携する医師、看護師、ケアマネジャー等に居宅療養管理指導を導入する有効性が十分に認知されていないのが現状である。さらに、栄養ケア・マネジメントを実践する管理栄養士自身の在宅訪問栄養食事指導に関わる管理栄養士の数も確保されていないために在宅高齢者の摂取状況、栄養状況を把握ができていない等がある。

栄養ケア・マネジメントを実践する管理栄養士自身の在宅訪問栄養食事指導に関わる管理栄養士の数、経験年数、実施施設等も確保されていないという現状より、これらの背景を踏まえ、管理栄養士が在宅高齢者の栄養管理を行う効果および体制を明らかにするための基礎資料を作成することを目的とする。

2. 方法

(1) 対象者

公益社団法人日本栄養士会では、日本在宅栄養管理学会と連携し、平成 23 年度から「在宅訪問管理栄養士認定制度」実施している。この制度による認定試験に合格した在宅訪問栄養食事指導を実施する管理栄養士が提出した事例レポート 366 事例を対象とした。

(2) 調査項目

1) 施設分類について

366 事例を病院、診療所（有床・無床）、介護老人保健施設（老健）、社会福祉施設、薬局、その他の 6 施設に分類した。

2) 基本的属性について

1) の施設分類における在宅訪問管理栄養士の年齢、性別、経験年数、事例対象者の疾患、医師の指示、介護者、実施状況などについて調査した。

3. 結果

(1) 施設分類

管理栄養士の所属は、病院 132 施設 (36.1%)、診療所(有床・無床)45 施設 (12.3%)、老健 54 施設 (14.8%)、社会福祉施設 69 施設 (18.9%)、薬局 9 施設 (2.5%)、その他 57 施設 (15.6%) であった (図 1)。

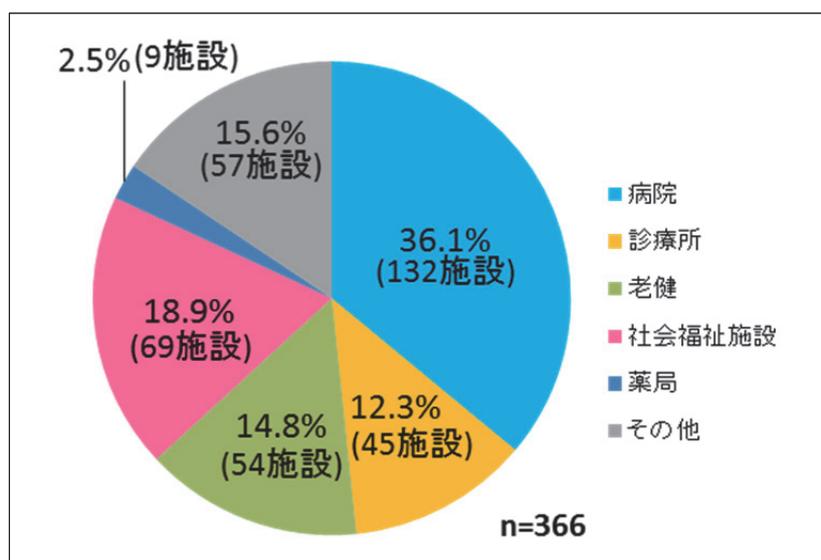


図1 在宅訪問管理栄養士 所属

(2) 基本的属性

・管理栄養士の年齢

管理栄養士の平均年齢は 43.1 ± 9.9 歳であった。所属の施設別では、病院 41.7 ± 9.6 歳、診療所 45.6 ± 10.9 歳、老健 43.1 ± 9.3 歳、社会福祉施設 43.4 ± 9.8 歳、薬局 36.8 ± 8.2 歳、その他 46.1 ± 10.2 歳であった。

・管理栄養士の男女比

管理栄養士の男女比は、男性 2.2% (7 名)、女性 97.8% (359 名) であった。

・在宅訪問栄養食事指導経験年数

管理栄養士の在宅訪問栄養食事指導経験年数は、病院 1.1 ± 2.8 年、診療所 2.0 ± 3.4 年、老健 2.1 ± 13.5 年、社会福祉施設 0.3 ± 1.3 年、薬局 0.3 ± 0.6 年、その他 6.4 ± 18.6 年であった。

・各施設の管理栄養士の所属に対して医師からの指示

医師からの指示は、病院、診療所は所属施設の医師からであるが、介護老人保健施設、社会福祉施設、薬局は、診療所からの医師の指示が多かった。(表 1)

表1 施設ごとの医師からの指示

	病院	診療所	合計
病院	81.8%	18.2%	100.0%
診療所	20.0%	80.0%	100.0%
老健	46.3%	53.7%	100.0%
社会福祉施設	44.9%	55.1%	100.0%
薬局	11.1%	88.9%	100.0%
その他	33.3%	66.7%	100.0%

・栄養食事指導経験年数

所属施設ごとの管理栄養士の栄養食事指導経験年数は、5年以上10年未満の管理栄養士が病院、診療所、社会福祉施設、薬局、その他において一番多かった。また、介護老人保健施設では5年以上10年未満と10年以上15年未満は同じ割合であった。(表2)

なお、薬局の管理栄養士においては10年以上の経験者がいなかった。

表2 施設ごとの栄養食事指導経験年数

	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上 20年未満	20年以上 25年未満	25年以上 30年未満	30年以上	不明 (5年以上)	合計
病院	18.2%	10.6%	9.8%	7.6%	2.3%	5.3%	46.2%	100.0%
診療所	22.2%	15.6%	4.4%	4.4%	4.4%	2.2%	46.7%	100.0%
老健	18.5%	18.5%	1.9%	3.7%	0.0%	0.0%	57.4%	100.0%
社会福祉施設	20.3%	10.1%	1.4%	2.9%	1.4%	5.8%	58.0%	100.0%
薬局	55.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	44.4%	100.0%
その他	21.1%	10.5%	14.0%	7.0%	3.5%	10.5%	33.3%	100.0%

3) 事例対象者

・事例対象者の性別

事例対象者は、男性169名(46.2%)、女性197名(53.8%)で若干女性の対象者が多かった。

(図2)

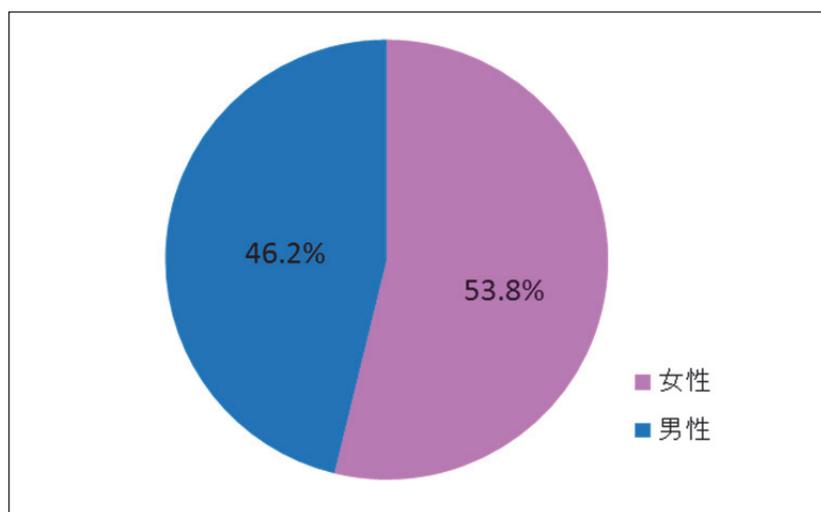


図2 事例対象者の性別

・事例対象者の年齢

事例対象者の平均年齢は、78.7±10.5歳で後期高齢者が多かった。

年代別では、30歳代1名(0.3%)、40歳代6名(1.7%)、50歳代10名(2.7%)、60歳代41名(11.2%)、70歳代107名(29.2%)、80歳代146名(39.9%)、90歳代48名(13.1%)、100歳代3名(0.8%)、不明4名(1.1%)であった。(図3)

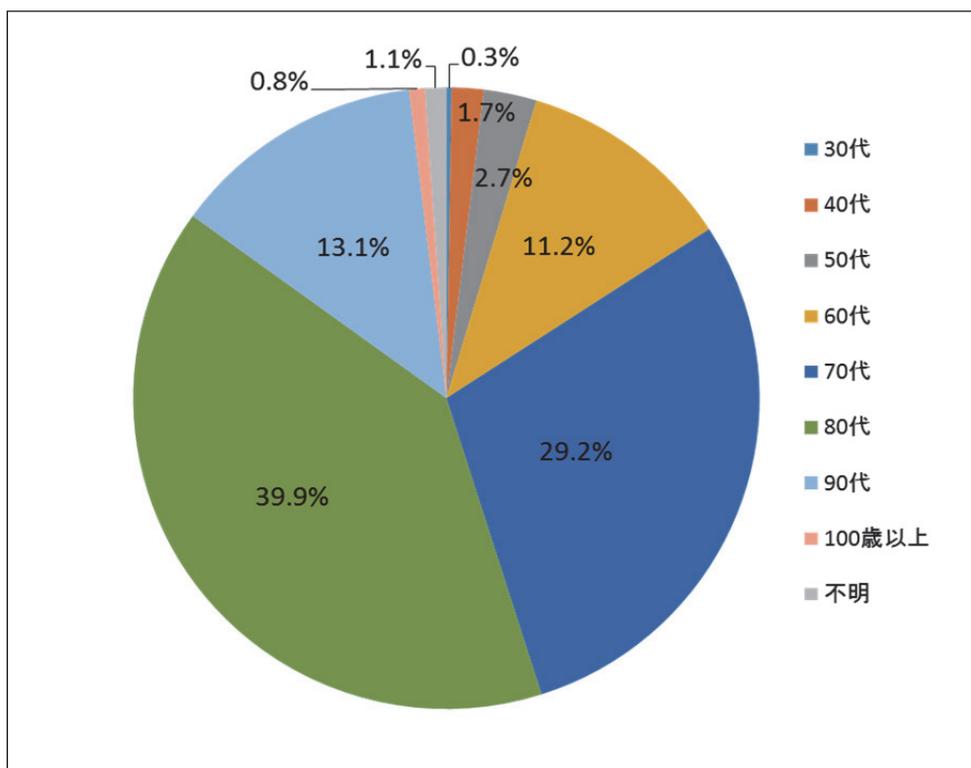


図3 事例対象者の年齢

・事例対象者の事例別平均年齢 (表3)

表3 事例対象者の事例別平均年齢

事例	平均年齢
糖尿病	75.8 ± 9.7
低栄養	83.9 ± 8.3
摂食・嚥下障害	79.3 ± 10.9

・事例対象者の介護度分類

事例対象者の介護度別の人数の割合については、要支援が 44 名(12.0%)と低い割合であったが、介護度 1 から介護度 5 までは大差はなく、あらゆる介護度からの事例であった。

(表 4・図 4)

表 4 事例対象者の介護度

介護度	度数	相対度数	累積相対度数
要支援	44	12.0%	12.0%
介護度1	55	15.0%	27.0%
介護度2	64	17.5%	44.5%
介護度3	63	17.2%	61.7%
介護度4	58	15.8%	77.6%
介護度5	64	17.5%	95.1%
不明・認定なし	18	4.9%	100.0%

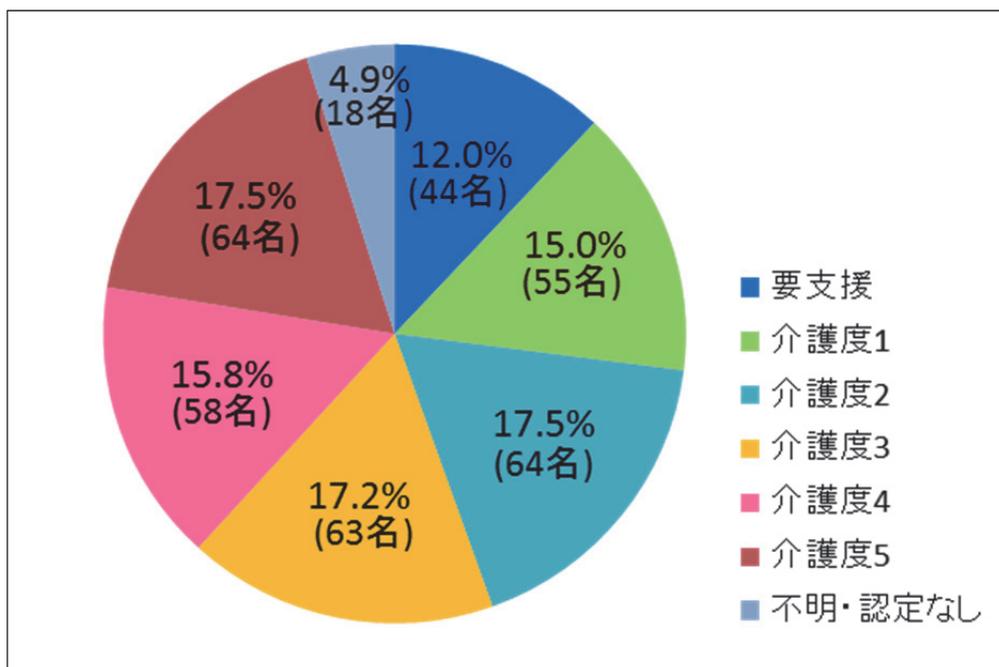


図 4 事例対象者の介護度

・事例対象者の介護度別の疾患

事例対象者の介護度別の疾患では、要支援、介護度 1 から介護度 3 は糖尿病が多く介護度 4 では低栄養、介護度 5 においては、摂食・嚥下障害と低栄養が多かった。

(図 5、表 5・6)。

表 5 事例対象者の介護度別の疾患

	要支援(名)	介護度1(名)	介護度2(名)	介護度3(名)	介護度4(名)	介護度5(名)	不明(名)	合計(名)
糖尿病	16	19	16	17	11	2	5	86
低栄養	5	8	7	10	13	13	0	56
摂食・嚥下障害	2	1	4	7	7	17	2	40
腎機能	4	4	5	5	2	1	1	22
栄養不良	1	5	4	1	1	7	1	20
高血圧	2	5	6	3	2	1	1	20
脳梗塞	2	2	2	1	2	4	0	13
その他	2	2	0	4	0	2	2	12
癌	2	1	3	2	1	2	1	12
透析	3	1	6	0	2	0	0	12
褥瘡	0	1	1	3	5	2	0	12
COPD	1	1	4	3	0	2	0	11
胃瘻	0	0	0	2	3	5	1	11
認知症	1	1	2	1	3	2	0	10
虚血性心疾患	1	2	1	1	0	2	0	7
パーキンソン病	0	1	0	0	2	2	0	5
肝硬変	2	1	1	1	0	0	0	5
統合失調症	0	0	0	0	0	0	4	4
ターミナル期	0	0	1	0	2	0	0	3
心不全	0	0	1	1	1	0	0	3
うつ	0	0	0	1	1	0	0	2
合計(名)	44	55	64	63	58	64	18	366

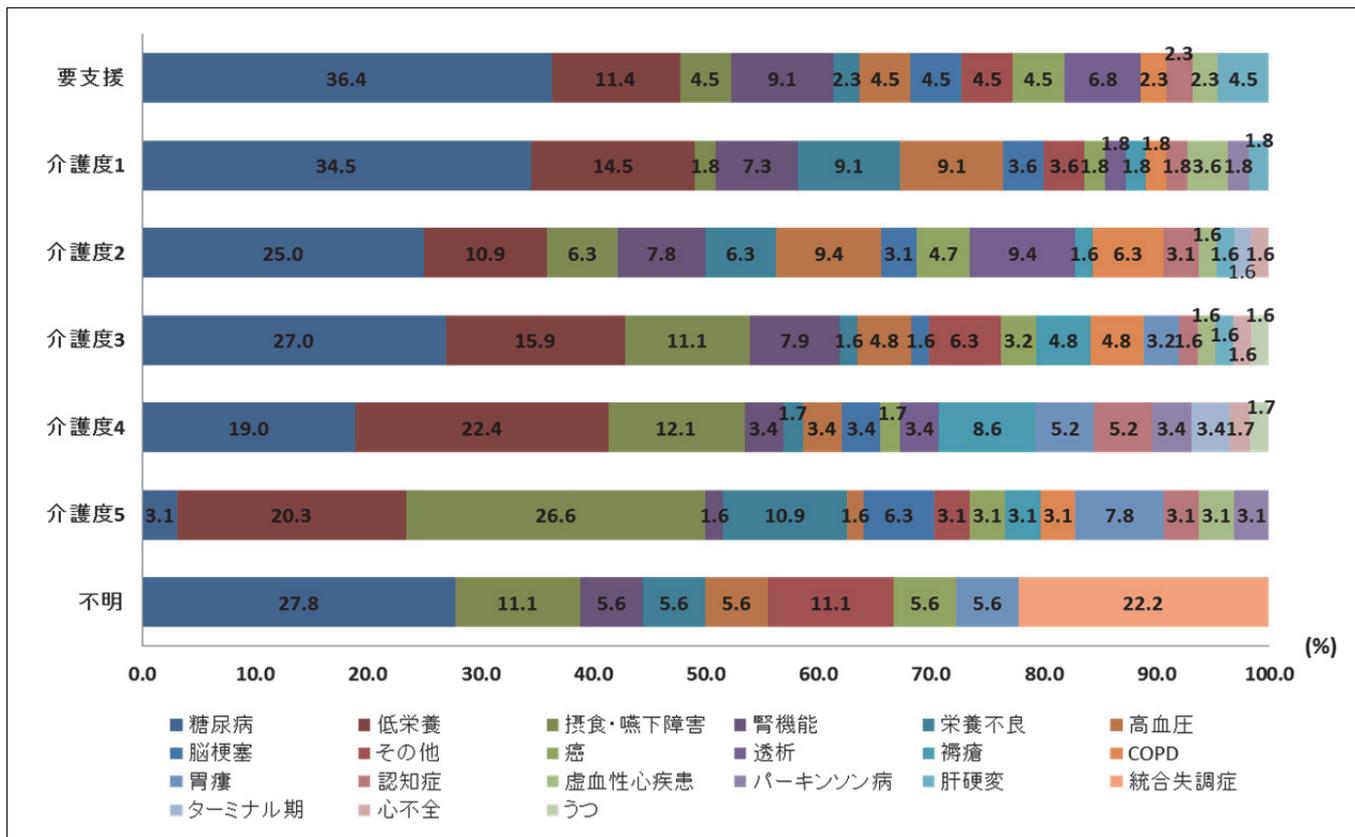


図5 事例対象者の介護度別の疾患

表6 事例対象者の介護度別の上位3疾患別の平均年齢

	事例	平均年齢
要支援	糖尿病	74.9 ± 12.7
	低栄養	81.8 ± 5.9
	腎機能	81.7 ± 2.5
介護度1	糖尿病	77.2 ± 10.1
	低栄養	79.9 ± 8.2
	栄養不良	83.5 ± 3.7
	高血圧	80.0 ± 22.0
介護度2	糖尿病	74.4 ± 7.7
	低栄養	84.0 ± 12.1
	高血圧	85.5 ± 7.1
介護度3	糖尿病	77.1 ± 9.6
	低栄養	86.7 ± 7.4
	摂食・嚥下障害	82.3 ± 8.6
介護度4	低栄養	84.2 ± 9.3
	糖尿病	78.0 ± 8.7
	摂食・嚥下障害	80.9 ± 6.5
介護度5	摂食・嚥下障害	78.8 ± 11.6
	低栄養	84.6 ± 6.5
	栄養不良	76.1 ± 11.1

(3) 主治医の指示事項

主治医による指示で最も多かったのが、血糖コントロール 25.4%、次いで、低栄養 21.9%、減塩 11.2%であった。(図 6、表 7) ただし、複数の指示がある場合は、トップの指示事項でまとめた。なお、それぞれの詳細については、以下の図に示すとおりである (図 7~15、表 8)

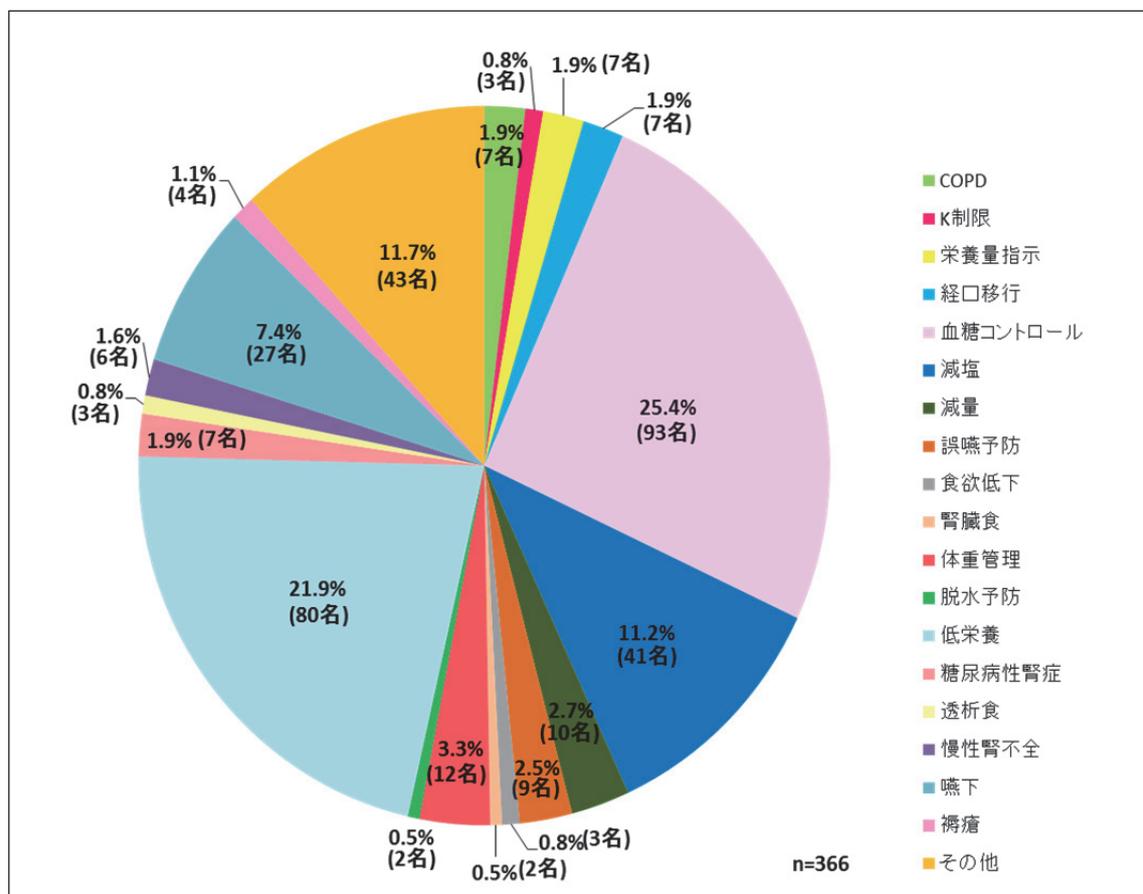


図 6 主治医の指示事項

表 7 主治医の指示事項内訳

項目	割合 (%)	項目	割合 (%)
COPD	1.9	体重管理	6.3
K制限	0.8	脱水予防	0.5
栄養量指示	1.9	低栄養	21.6
経口移行	1.9	糖尿病性腎症	1.9
血糖コントロール	25.4	透析	0.8
減塩	11.2	慢性腎不全	1.6
誤嚥予防	2.5	嚥下	7.4
食欲低下	0.8	褥瘡	1.1
腎臓病	0.5	その他	11.7

表 8 その他の内容内訳

K・Pの食事内容のチェック	脂肪制限と減塩
アルコール性肝障害	食事のバランス
エネルギー・たんぱく管理	食事摂取
エネルギー確保	食事摂取の安定、脱水・低血糖症状を起こさない
たんぱく・水分制限	食事摂取量アップ
たんぱく質コントロール	食事量維持
胃ろう	心臓食
胃切	精神面のみ
栄養バランス、水分摂取	摂取栄養管理
栄養管理	短腸症候群
栄養状態改善	胆管
栄養補給	腸閉塞
肝性脳症の予防	調理をしたことのない夫に調理指導
肝臓、血糖コントロール	適切な栄養摂取
経口摂取	適切な栄養量の確保
経腸栄養の管理	糖尿病食
血液透析回避のための食事管理	便秘の食事療法
血中アンモニア値	本人の嗜好を叶える
血糖・減塩療法	慢性腎炎の食事療法
誤嚥性肺炎	流動食
高K食を低K食へ	膵臓術後食
指示なし	

※各1例ずつ

・各指示項目の詳細

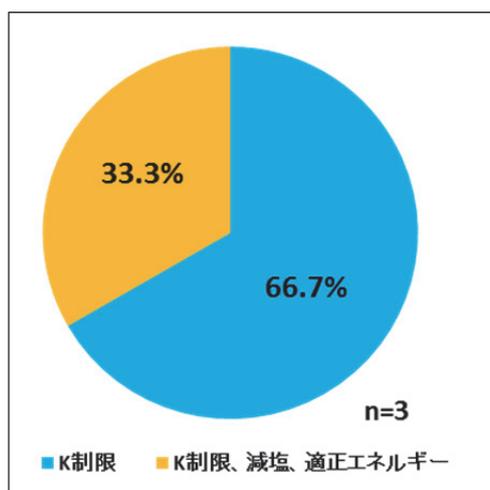


図 7 K 制限詳細

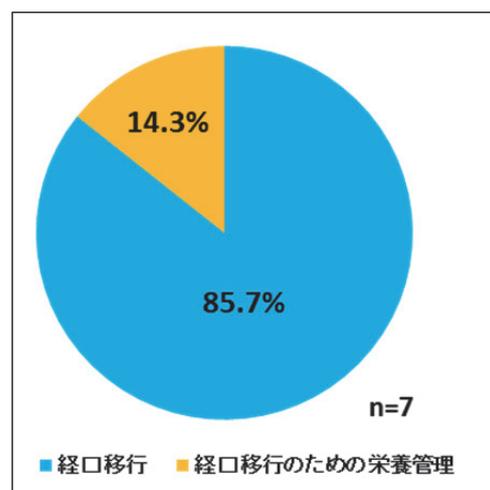


図 8 経口移行詳細

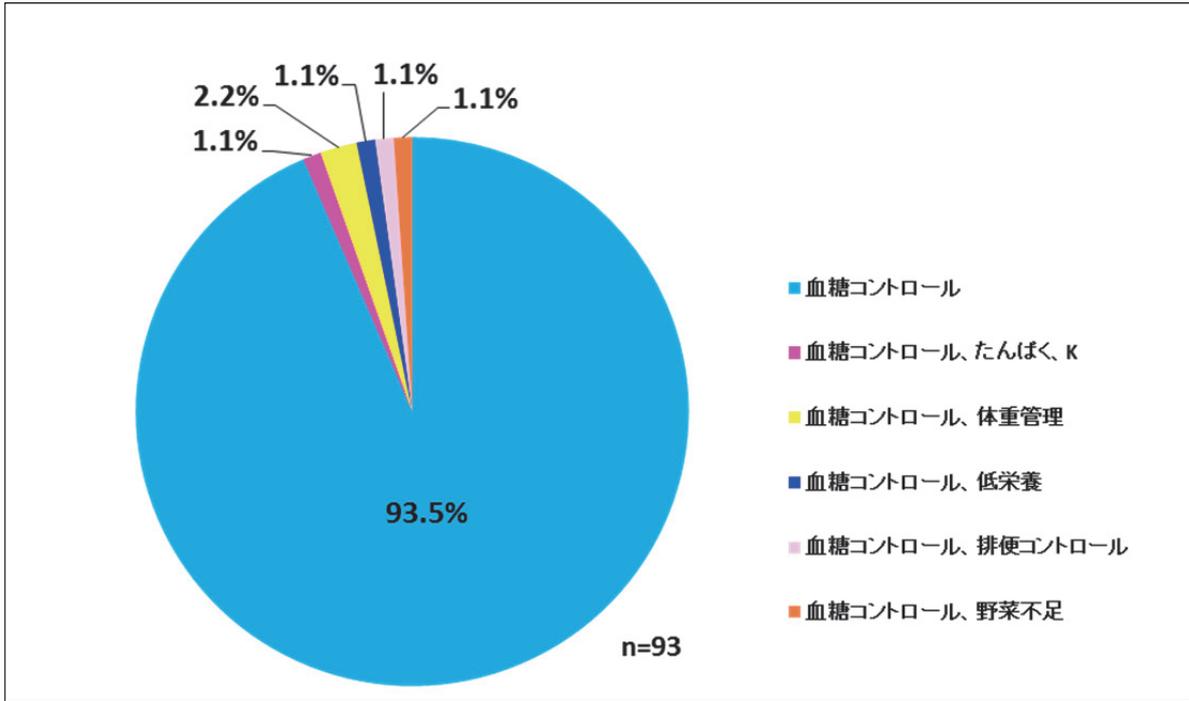


図 9 血糖コントロール詳細

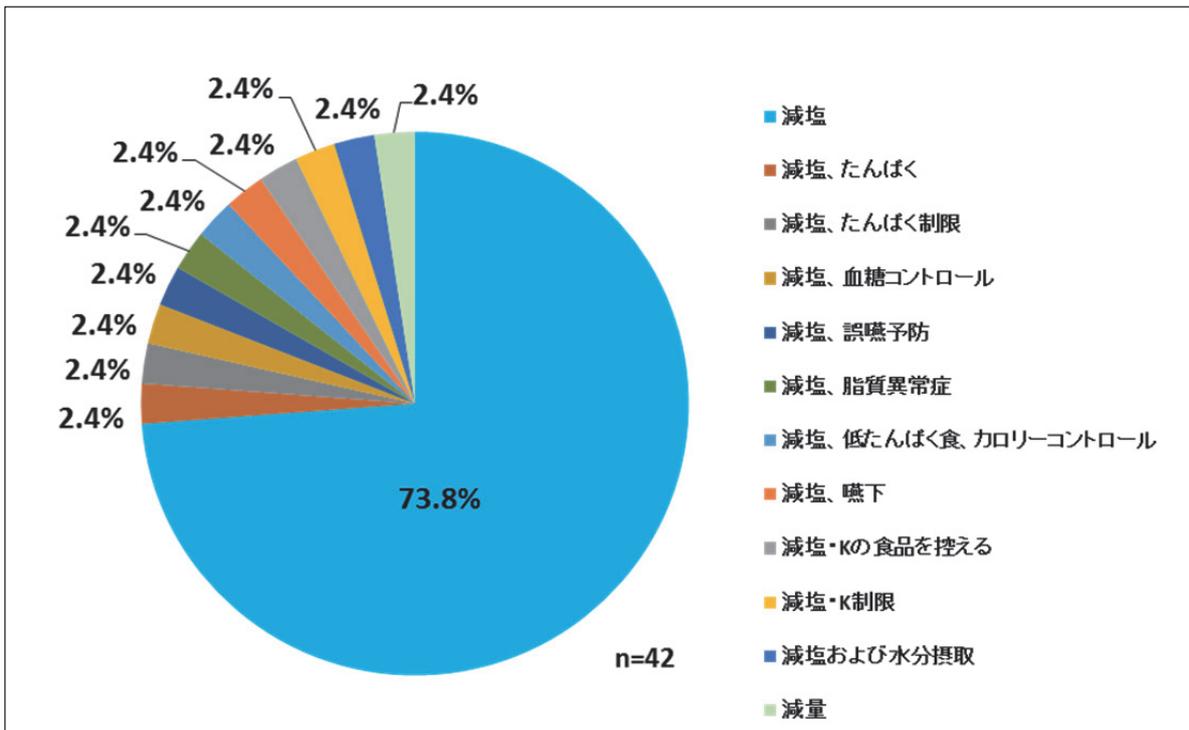


図 10 減塩詳細

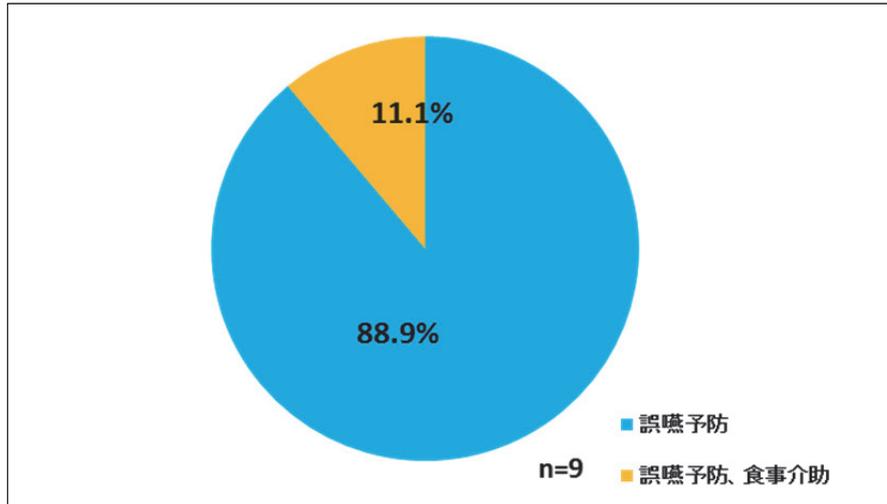


図 11 誤嚥予防詳細

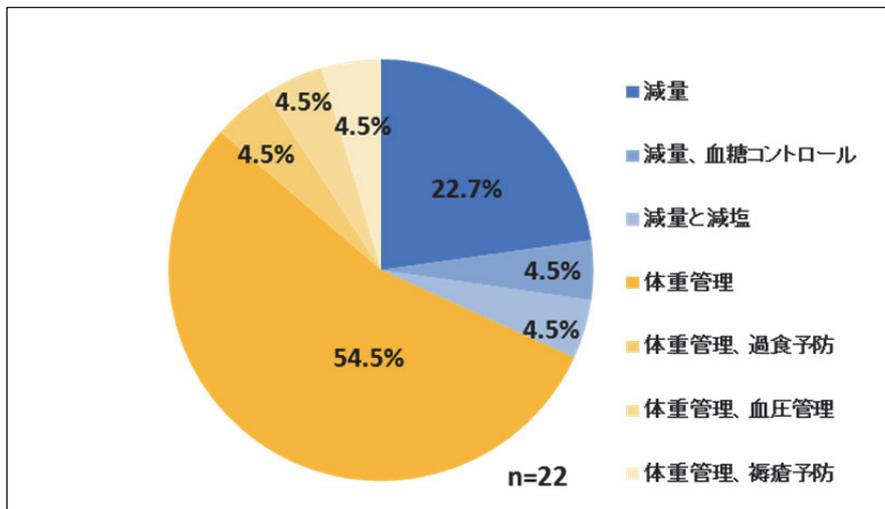


図 12 低栄養詳細

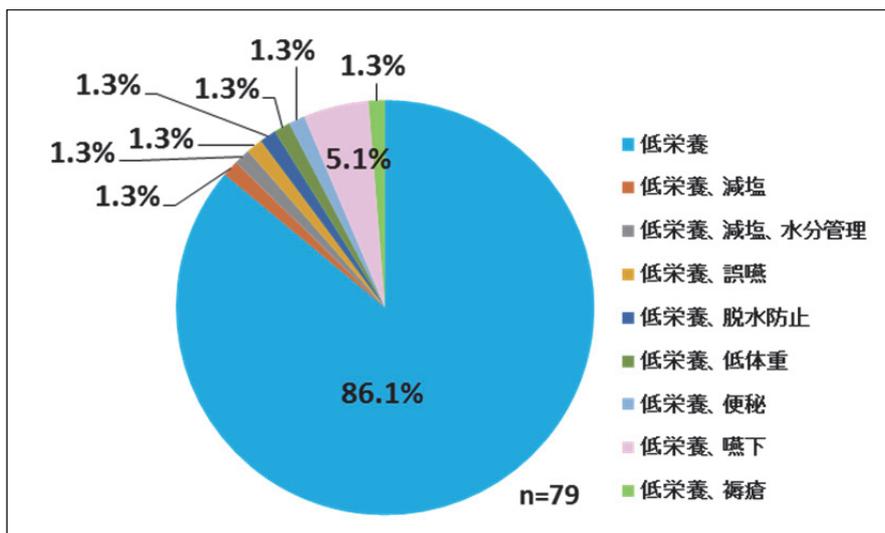


図 13 体重管理詳細

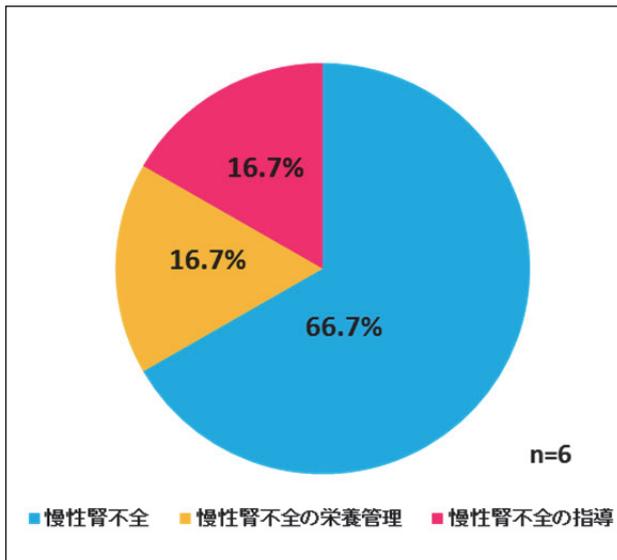


図 14 慢性腎不全詳細

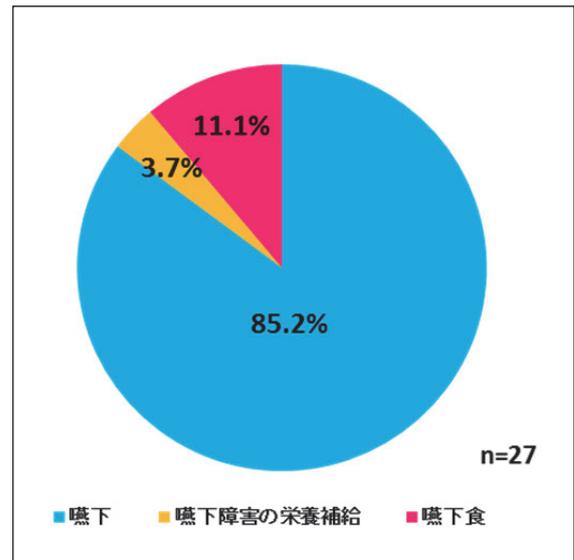


図 15 嚥下詳細

(4) 施設別詳細

・施設ごとの認知症の有無

各施設における認知症の割合は、社会福祉施設や介護老人保健施設に多くみられ、薬局においては、認知症が少なかった。(表 9)

表 9 施設ごとの認知症の有無

	無し	有り	合計
病院	78.6%	21.4%	100.0%
診療所	82.2%	17.8%	100.0%
老健	75.9%	24.1%	100.0%
社会福祉施設	71.0%	29.0%	100.0%
薬局	88.9%	11.1%	100.0%
その他	84.2%	15.8%	100.0%

・施設ごとの介護者分類

施設ごとの介護者は、病院、診療所、薬局、その他において40%以上が配偶者であった。薬局では、配偶者と娘が多く、次いで息子であった。(図 16)

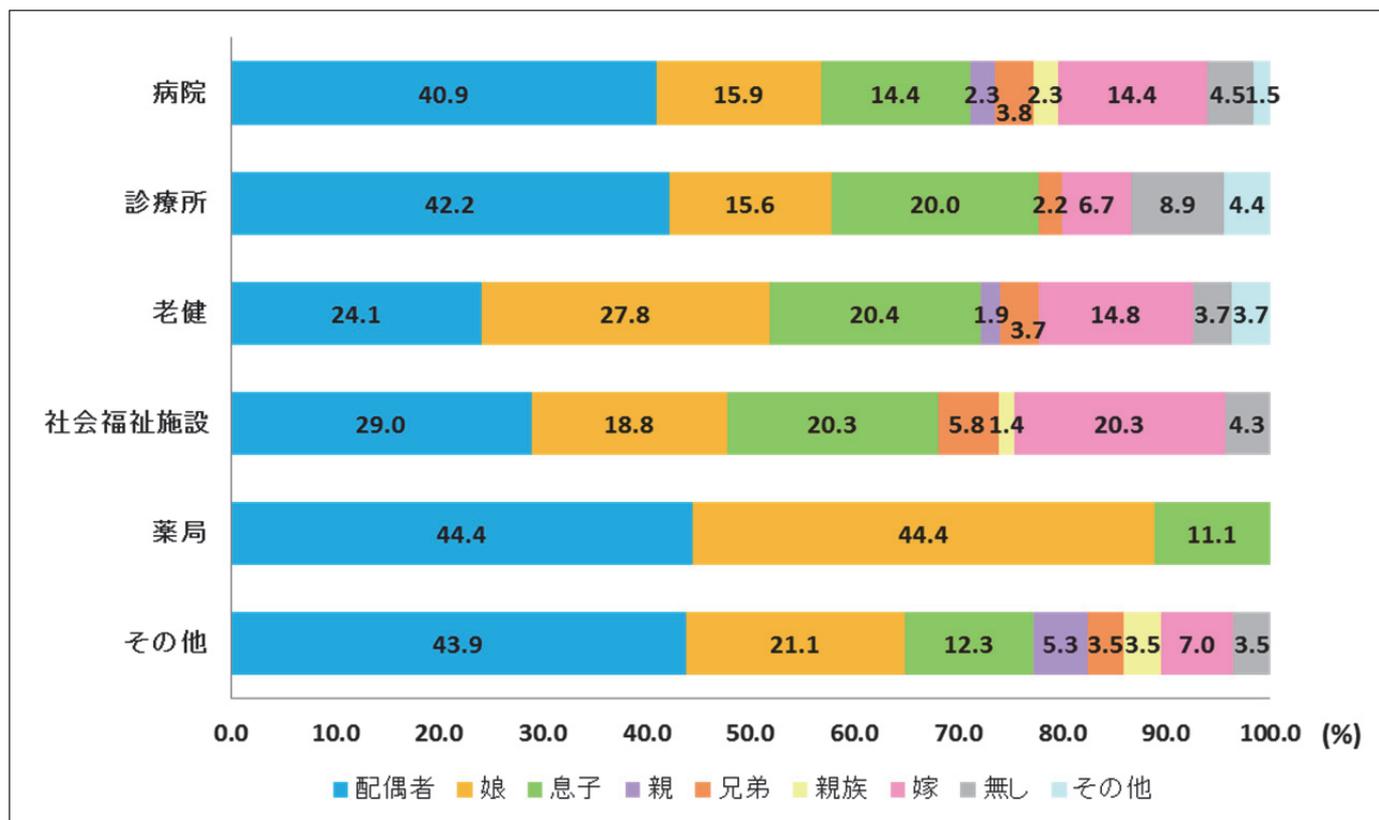


図 16 施設ごとの介護者分類

(5) 在宅訪問栄養食事指導における調理実技の有無

在宅訪問栄養食事指導における調理実技は、しているが 11.2%、していないが 88.8%であった。(図 17)

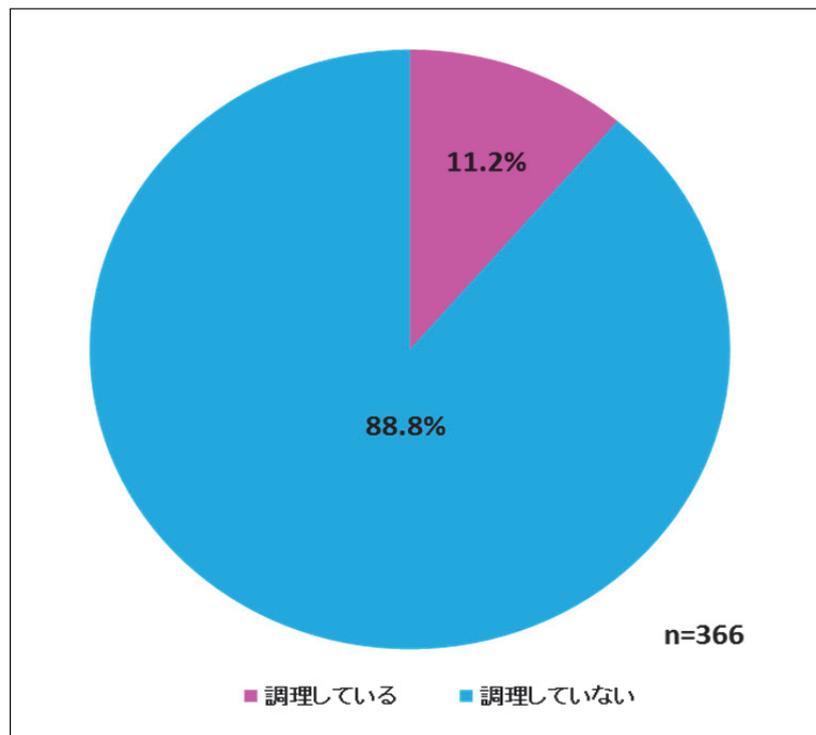


図 17 調理の有無

(6) 訪問対象者の実態

366 事例のうち、診療報酬の割合は 11.2%、介護保険の割合は、87.2%、請求なしの割合が 1.6%であった。(図 18) また、各保険の利用者の平均年齢は、医療保険は、 59.9 ± 9.6 歳、介護保険では 81.3 ± 7.6 歳、保険請求なしでは、 65.8 ± 17.3 歳であった。(表 10)

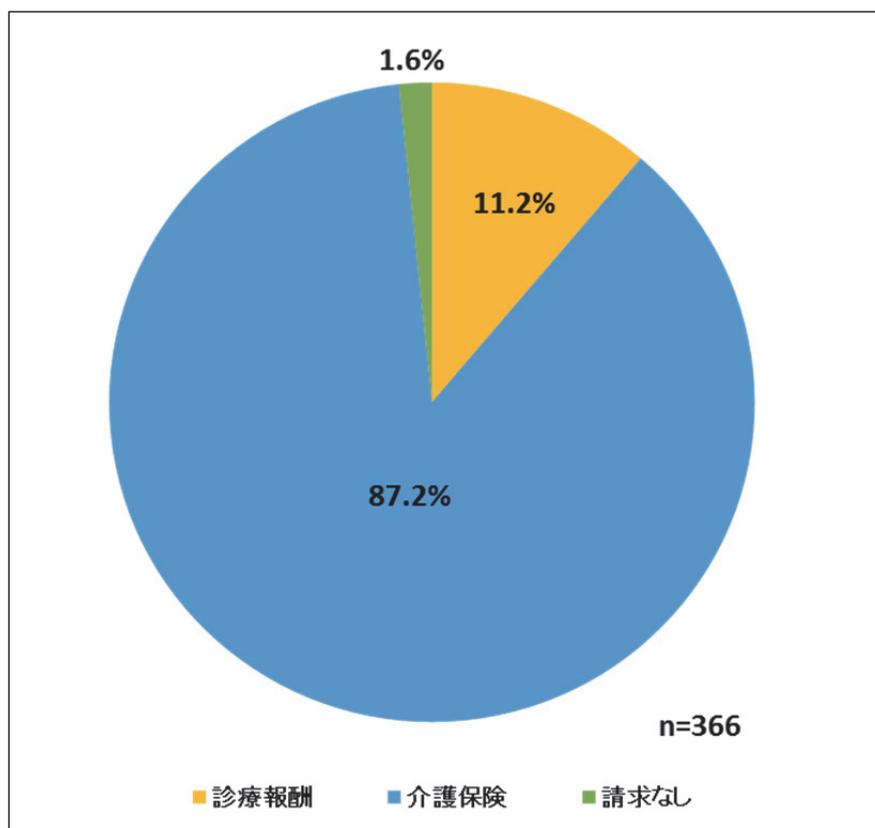


図 18 訪問対象者の実態(診療報酬・介護保険・その他)

表 10 各利用者別の平均年齢

項目	平均年齢
診療報酬	59.9 ± 9.6
介護保険	81.3 ± 7.6
請求なし	65.8 ± 17.3

(7) がん患者について

366 事例中 61 事例において、がん患者への在宅訪問栄養食事指導であった。(図 19)

なお、平成 24・25 年度では、胃がんがもっとも多く、次いで大腸がん、前立腺がん、膀胱がん、悪性リンパ腫、肺がん、乳がんであった。(表 11)

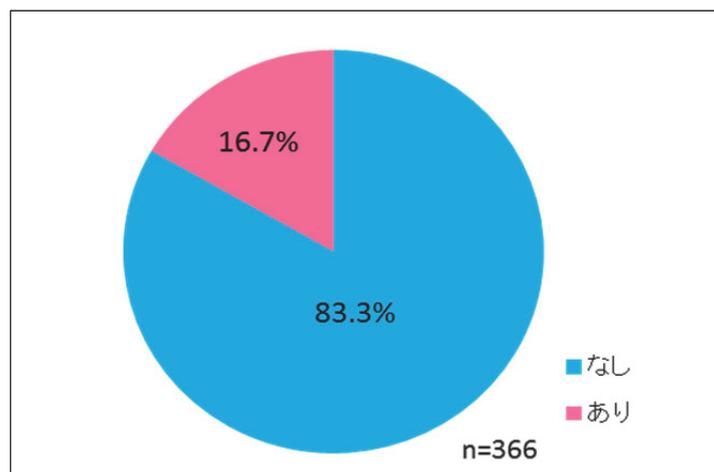


図 19 平成 24・25 年度の事例におけるがん患者の有無

表 11 がん患者の癌発生部位

部位	値
耳下腺腫瘍	1 (1.6)
左頸部軟部悪性腫瘍	1 (1.6)
悪性リンパ腫	4 (6.6)
甲状腺癌	1 (1.6)
甲状腺腫	1 (1.6)
食道癌	1 (1.6)
肺癌	4 (6.6)
肺癌、胃癌	1 (1.6)
乳癌	4 (6.6)
乳癌、肺癌	1 (1.6)
左腎癌	1 (1.6)
胃癌	8 (13.1)
胃静脈癌	1 (1.6)
胃平滑筋肉腫	1 (1.6)
肝腫瘍	1 (1.6)
肝臓癌	1 (1.6)
肝臓癌、胃癌	1 (1.6)
膵癌	1 (1.6)
膵臓癌	1 (1.6)
膵体尾部癌	1 (1.6)
膵頭部癌	1 (1.6)
胆管癌	1 (1.6)
大腸癌	6 (9.8)
S状結腸癌、多発性肝細胞癌	1 (1.6)
上行結腸癌	1 (1.6)
上行結腸癌、肺癌	1 (1.6)
膀胱癌	4 (6.6)
卵巣癌	1 (1.6)
子宮癌	1 (1.6)
子宮頸部上皮肉腫瘍	1 (1.6)
子宮体癌	1 (1.6)
前立腺癌	5 (8.2)
末期癌	1 (1.6)
	n=61
	値は人数(パーセント)を示す

4. まとめ

366 事例における管理栄養士の所属は、病院が一番多く、次いで社会福祉施設、介護老人保健施設、診療所の順であったことから、今後ますます高齢化率が上昇していく中で介護老人保健施設の管理栄養士の在宅訪問栄養食事指導は重要であると思われる。さらに今回の事例提出者の平均年齢が 43.1 歳で、年齢的にも技術的にも一番充実している年齢層であったことが分かった。

管理栄養士が在宅高齢者の栄養管理を行う体制の把握においては、主治医からの訪問栄養食事の指示事項は、「血糖コントロール」がもっとも多く、次いで「低栄養」、「摂食・嚥下障害」であった。また、実際に在宅訪問栄養食事指導を実践した管理栄養士が対象とした利用者は、介護度別でみると「要支援」、「介護度 1」から「介護度 3」までは、「糖尿病」の在宅訪問栄養食事指導が多く、「介護度 4」から「介護度 5」になると「低栄養」、「摂食・嚥下障害」であった。対象者の年齢は「糖尿病」で前期高齢者から後期高齢者、「低栄養」、「摂食・嚥下障害」は後期高齢者への在宅訪問栄養食事指導であった。

管理栄養士による在宅訪問栄養食事指導の改善効果の検証

南大和病院栄養部 部長 工藤 美香

1. 目的

在宅高齢者に対する栄養ケアの重要性が指摘されているにもかかわらず、管理栄養士による居宅療養管理指導での栄養管理が十分に実施されていないのが現状である。

公益社団法人日本栄養士会では日本在宅栄養管理学会と連携し、平成 23 年度より栄養管理の充実を図るために「在宅訪問管理栄養士」の養成・認定を行っている。しかし、認定後、在宅訪問栄養食事指導実践し継続することを期待しているが、実施数が伸び悩んでいる。

そこで、本事業の分担研究である『在宅訪問栄養食事指導を実施する管理栄養士の実態調査「在宅訪問管理栄養士認定制度」(公益社団法人日本栄養士会認定)における事例レポートより』の基礎資料をもとに、その後のアンケート調査と介入後の追跡調査を行うことにより、次のことを明らかにすることを目的とする。

アンケート調査

- ・基本的属性
- ・管理栄養士が在宅高齢者の栄養管理を行う体制の把握
- ・在宅訪問栄養食事指導の改善効果

介入後調査

- ・管理栄養士が介入を行った効果

解析方法

アンケート調査：有効回答が得られた 233 人による単純集計により分析

介入後調査：有効回答が得られた 71 人による wilcoxon の符号順位和検定により分析

2. 調査内容

2-1. 在宅高齢者への訪問栄養食事指導への取り組みに関する調査

(1) 対象者

「在宅訪問管理栄養士認定制度」(公益社団法人日本栄養士会認定)の事例レポート提出者 350 名平均年齢 43.1±9.9 歳に対し、郵送で取り組み事例のアンケート調査を実施した。

(2) 調査項目

- 1) 年齢
- 2) 請求の有無とその理由
- 3) 継続の有無とその理由、実施件数
- 4) 取り組み事例以外の在宅訪問栄養食事指導の件数
- 5) 依頼ルート (退院時、在宅、連携施設)
- 6) 主たる疾患
- 7) 医師の主たる指示事項

- 8) 本人や家族の抱えている栄養・食事に関する問題
- 9) 在宅訪問栄養食事指導の効果
- 10) 在宅訪問栄養食事指導を実施して、改善した内容について
- 11) 長期目標および短期目標の達成度
- 12) 家族以外に連携した職種
- 13) 連携した機関について
- 14) 在宅訪問栄養食事指導の受け入れの状況

(3) 結果

公益社団法人日本栄養士会会員で日本在宅栄養管理学会に所属する会員 350 名、有効回答 233 件を対象とした。回答率 64%

1) 在宅訪問栄養食事指導実施者の年齢

①20代 0人 (0%)、②30代 77人 (33.0%)、③40代 67人 (28.8%)、④50代 57人 (24.5%)、⑤60代 27人 (11.6%)、⑥70代 5人 (2.1%) ⑦80代 0人 (0%)、平均年齢 43.1±9.9 歳であった。

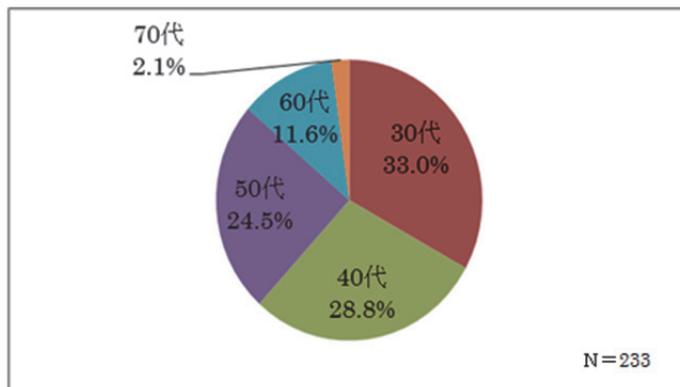


図 1 実施者(在宅訪問管理栄養士)の年齢

2) 取り組み事例に対する診療報酬および介護報酬の請求をしたか？

①請求した (29.7%)、②請求しなかった (70.3%) であった

⇒請求方法 介護保険 (84.1%)、医療保険 (15.9%) であった。

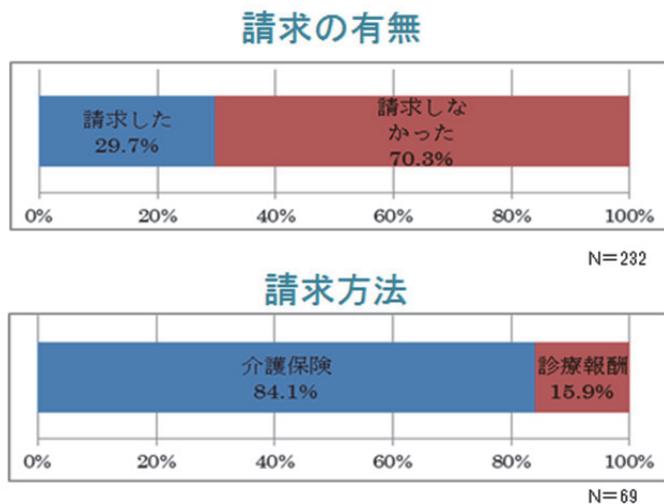


図 2 請求の有無と請求方法

: 請求しなかった (できなかった) 理由はなぜか？

①認定試験のための事例であったから (72.9%)、②診療報酬介護報酬を請求できる機関と連携できなかったため (10.0%)、③請求方法が不明である (2.1%)、④その他 (15%) であった。

その他の内訳として、「請求できる医療機関に属していない (行政職員、福祉施設職員、調剤薬局等)」、「管理栄養士が医療機関と雇用契約を結べなかった」、「診療報酬・介護報酬に該当しなかった」、「医療機関において、介護請求は行っていない」等であった。

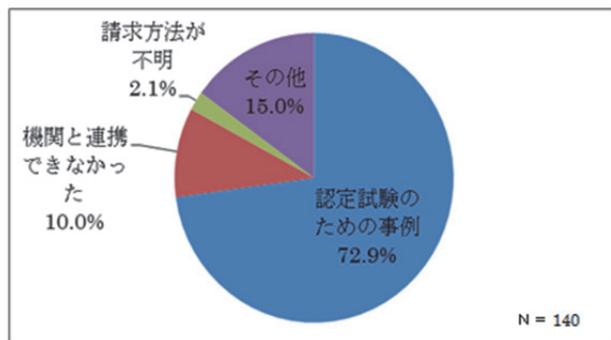


図 3 請求しなかった(できなかった)理由

3) 取り組み事例に対して継続して在宅訪問栄養食事指導を行ったか？

①はい (39.9%)、②いいえ (60.1%) であった。

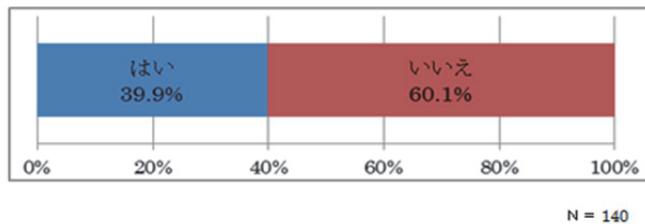


図 4 継続の有無

⇒はいと答えた方

: 継続回数

内容	報酬請求あり	報酬請求なし
	平均値	平均値
継続回数(終了)	17.3	3.2
継続回数(継続中)	26.6	5.0

表 1 継続回数

N = 93

: 継続した (している) 理由は何か？

①ご本人またはご家族からの要望があった (75.4%)、②連携機関からの要望があった (12.3%)、③その他 (12.3%) であった。

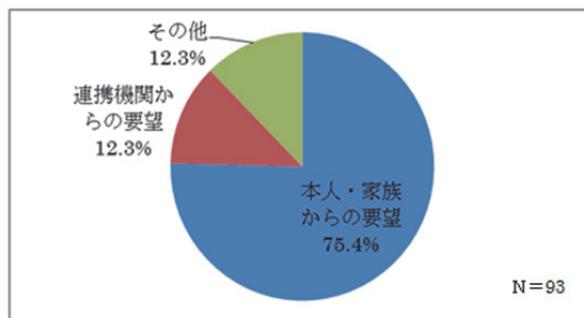
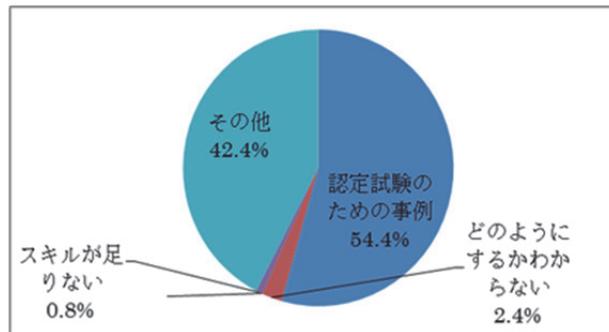


図 5 継続の理由

⇒いいえと答えた方

：継続しなかった（できなかった）理由

認定試験のための事例（54.4%）であった、②どのように継続すればよいかわからない（2.4%）、③在宅訪問栄養食事指導が必要となる基準がわからない。（0%）、スキルが足りない（0.8%）、その他（42.4%）であった。



N=125

図6 継続しない(できない)理由

継続の有無を請求別で比較したところ、請求をした場合には、継続した（82.6%）継続しなかった（17.4%）であった。請求なしの場合には、継続した（21.5%）継続しなかった（78.5%）であった。

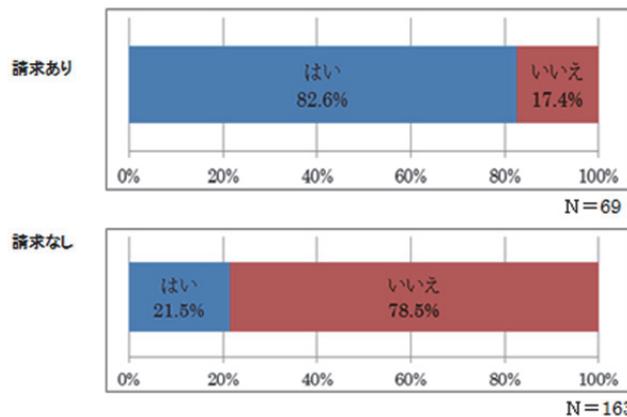


図7 継続指導の有無

4) 取り組み事例以外に在宅訪問栄養食事指導を行ったか？

①実施している（37%）（28.1 件） ←施設ごとではなく自身で実施した件数②過去に実施していたが今は実施していない（13.9%）③実施していない（49.1%）

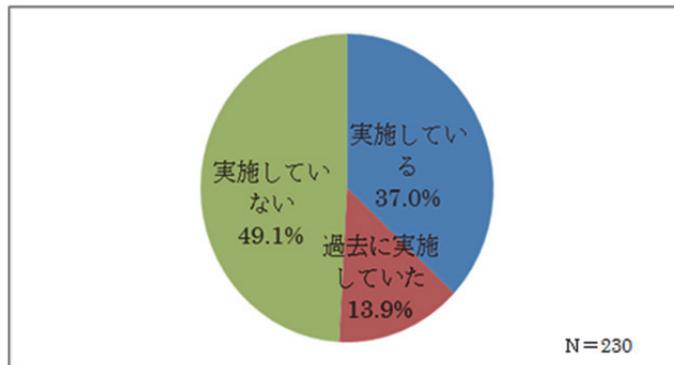


図 8 取り組み事例以外の実施の有無

： 取り組み事例以外の実施件数

内容	平均値
実施件数	28.1

表 2 実施件数

請求別、継続別で実施件数を比較したところ、請求あり（40.9 件）請求なし（10.4 件）、継続あり（38.9 件）継続なし（9.1 件）であった。

	全体	請求あり	請求なし	継続あり	継続なし
実施件数(件数)	28.1	40.9	10.4	38.9	9.1

表 3 取り組み事例以外の実施数 請求、継続別件数

5) 取組事例の依頼ルート（依頼先）について

: 退院時

①医師（30.9%）、②管理栄養士（8.1%）、③ケアマネジャー・相談員（39.8%）、④看護師（13.8%）、⑤PT・OT・ST（3.3%）、⑥その他（4.1%）であった。

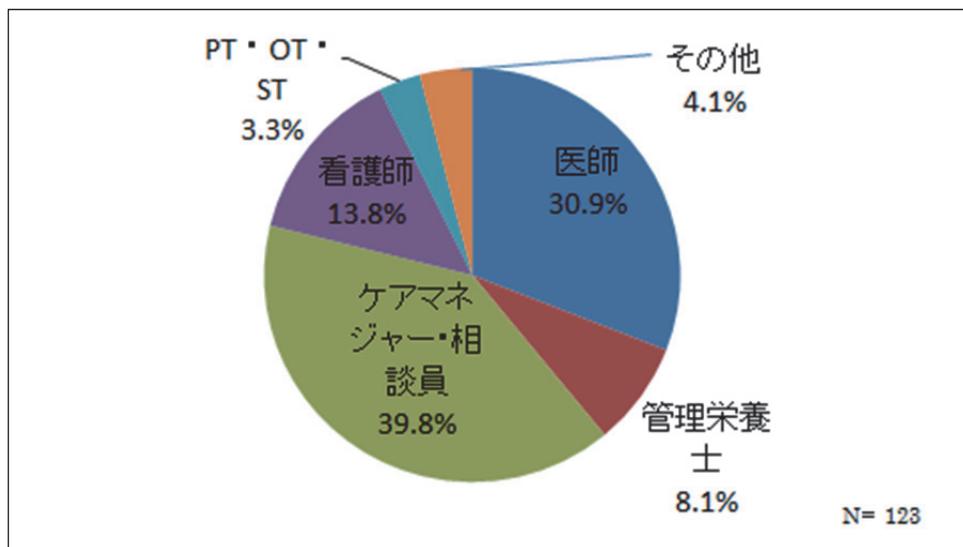


図 9 退院時の依頼ルート

退院時の依頼ルートを請求、継続別にみると、

請求ありの場合は、①医師（48.8%）、②管理栄養士（4.7%）、③ケアマネジャー・相談員（32.6%）、④看護師（9.3%）、⑤PT・OT・ST（4.7%）、⑥その他（0%）であった。

請求なしの場合は、①医師（21.3%）、②管理栄養士（10.0%）、③ケアマネジャー・相談員（43.8%）、④看護師（16.3%）、⑤PT・OT・ST（2.5%）、⑥その他（6.3%）であった。

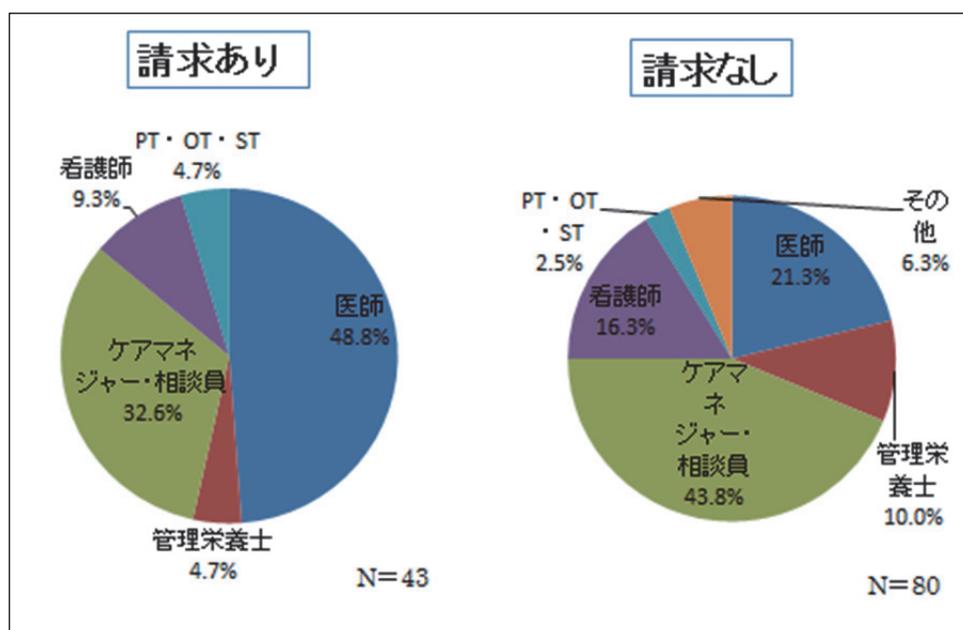


図 10-1 退院時の依頼ルート 請求別

継続ありの場合は、①医師（40.7%）、②管理栄養士（3.7%）、③ケアマネジャー・相談員（33.3%）、④看護師（14.8%）、⑤PT・OT・ST（5.6%）、⑥その他（1.9%）であった。

継続なしの場合は、①医師（23.2%）、②管理栄養士（11.6%）、③ケアマネジャー・相談員（44.9%）、④看護師（13.0%）、⑤PT・OT・ST（1.4%）、⑥その他（5.8%）であった。

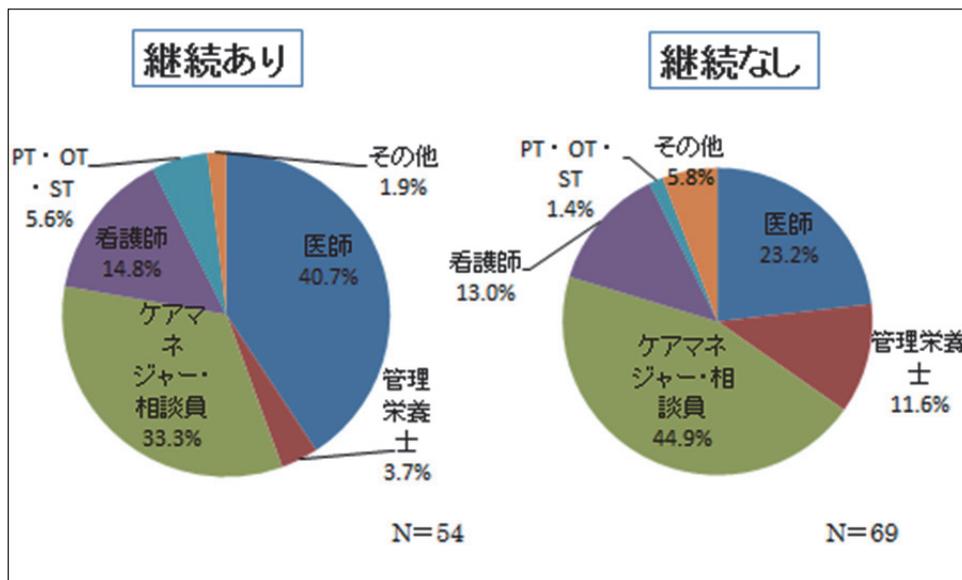


図 10-2 退院時の依頼ルート 継続別

: 在宅

①医師（27.0%）、②管理栄養士（2.8%）、③ケアマネジャー・相談員（44.5%）、④看護師（12.8%）、⑤PT・OT・ST（2.8%）、⑥その他（10.0%）であった。その他の内訳は、地域包括支援センター、家族、歯科医師等からの依頼であった。

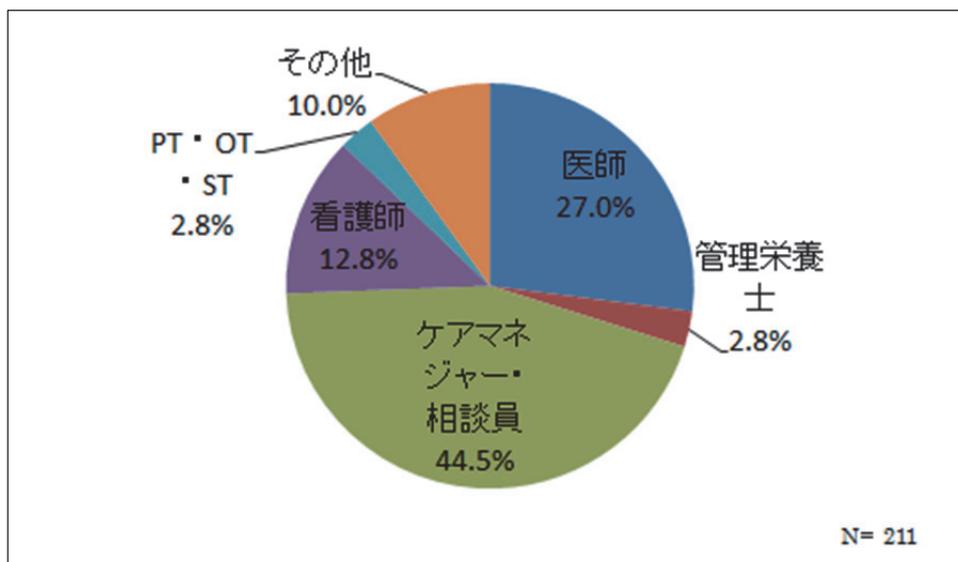


図 11 在宅の依頼ルート

在宅の依頼ルートを請求、継続別にみると、

請求ありの場合は、①医師（43.1%）、②管理栄養士（0%）、③ケアマネジャー・相談員（33.8%）、④看護師（10.8%）、⑤PT・OT・ST（3.1%）、⑥その他（9.2%）であった。

請求なしの場合は、①医師（20.0%）、②管理栄養士（4.1%）、③ケアマネジャー・相談員（49.7%）、④看護師（13.8%）、⑤PT・OT・ST（2.8%）、⑥その他（9.7%）であった。

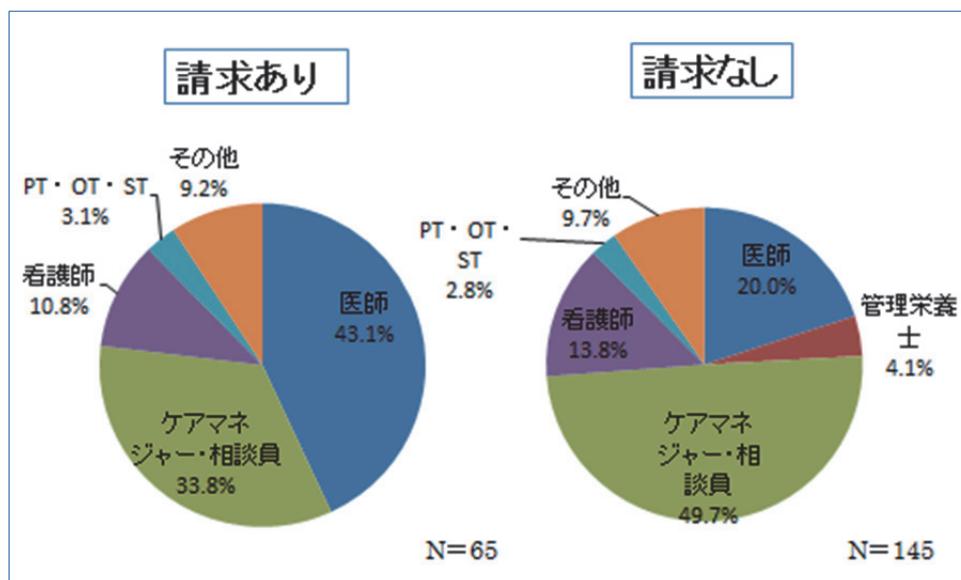


図 12-1 在宅の依頼ルート 請求別

継続ありの場合は、①医師（30.9%）、②管理栄養士（1.2%）、③ケアマネジャー・相談員（37.0%）、④看護師（12.3%）、⑤PT・OT・ST（3.7%）、⑥その他（14.8%）であった。

継続なしの場合は、①医師（24.6%）、②管理栄養士（3.8%）、③ケアマネジャー・相談員（49.2%）、④看護師（13.1%）、⑤PT・OT・ST（2.3%）、⑥その他（6.9%）であった。

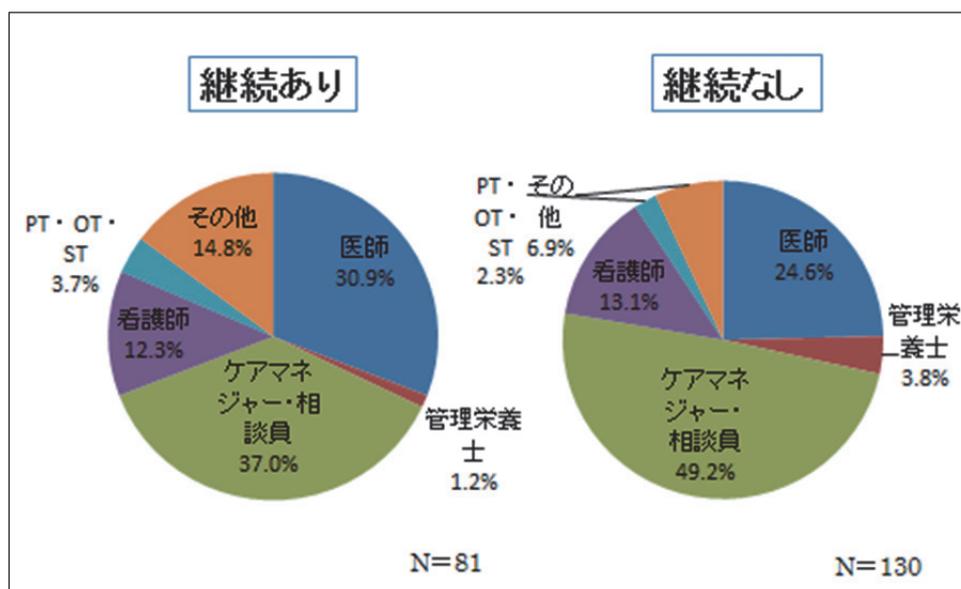


図 12-2 在宅の依頼ルート 継続別

: 連携施設

①医師 (23.5%)、②管理栄養士 (7.4%)、③ケアマネジャー・相談員 (45.6%)、④看護師 (14.1%)、⑤PT・OT・ST (3.4%)、⑥その他 (6.0%) であった。その他の内訳は、訪問介護、歯科医院などであった。

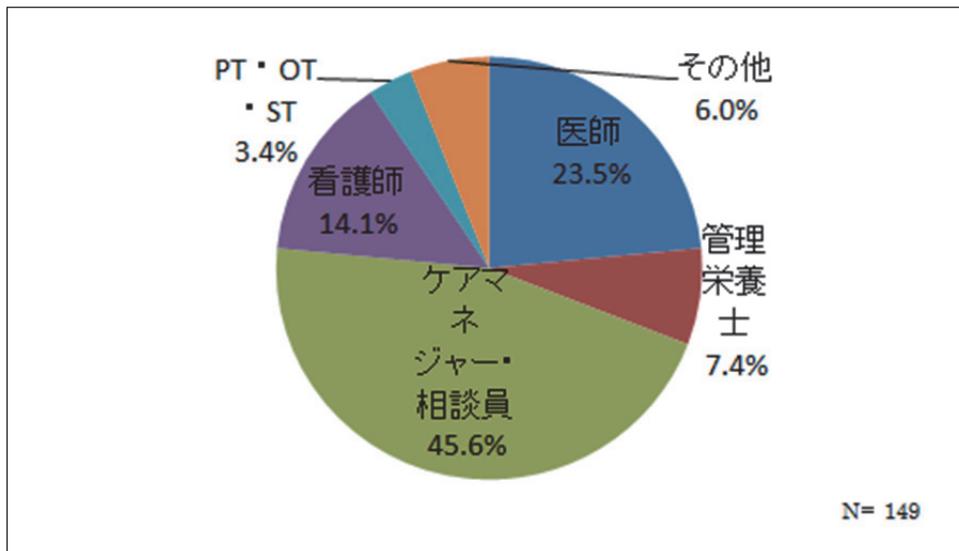


図 13 連携施設の依頼ルート

連携施設の依頼ルートを請求、継続別にみると、

請求ありの場合は、①医師 (35.4%)、②管理栄養士 (4.2%)、③ケアマネジャー・相談員 (39.6%)、④看護師 (12.5%)、⑤PT・OT・ST (2.1%)、⑥その他 (6.3%) であった。

請求なしの場合は、①医師 (17.8%)、②管理栄養士 (8.9%)、③ケアマネジャー・相談員 (48.5%)、④看護師 (14.9%)、⑤PT・OT・ST (4.0%)、⑥その他 (5.9%) であった。

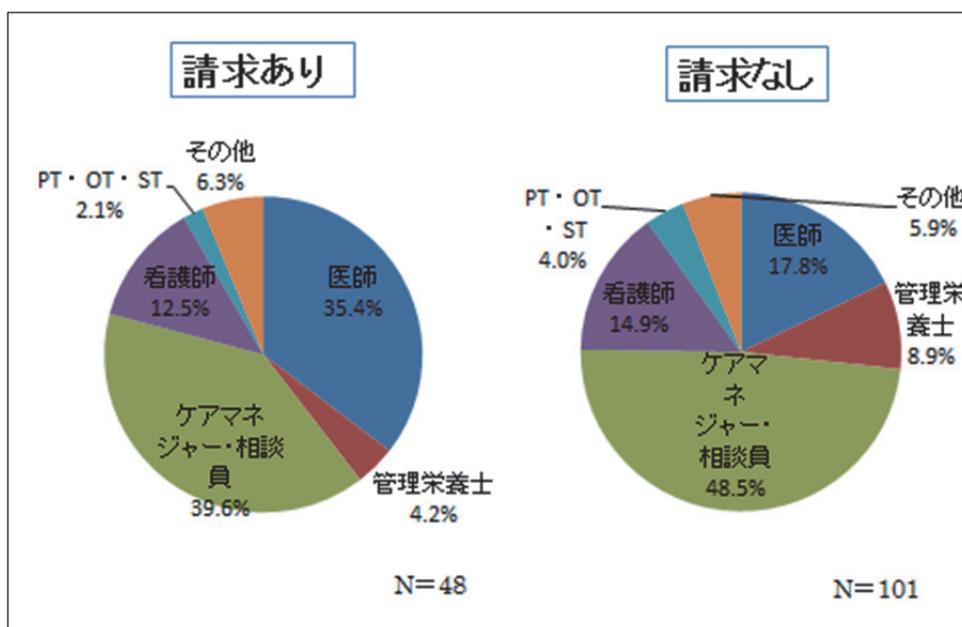


図 14-1 連携施設の依頼ルート 請求別

継続ありの場合は、①医師（28.3%）、②管理栄養士（5.0%）、③ケアマネジャー・相談員（41.7%）、④看護師（16.7%）、⑤PT・OT・ST（1.7%）、⑥その他（6.7%）であった。

継続なしの場合は、①医師（20.2%）、②管理栄養士（9.0%）、③ケアマネジャー・相談員（48.3%）、④看護師（12.4%）、⑤PT・OT・ST（4.5%）、⑥その他（5.6%）であった。

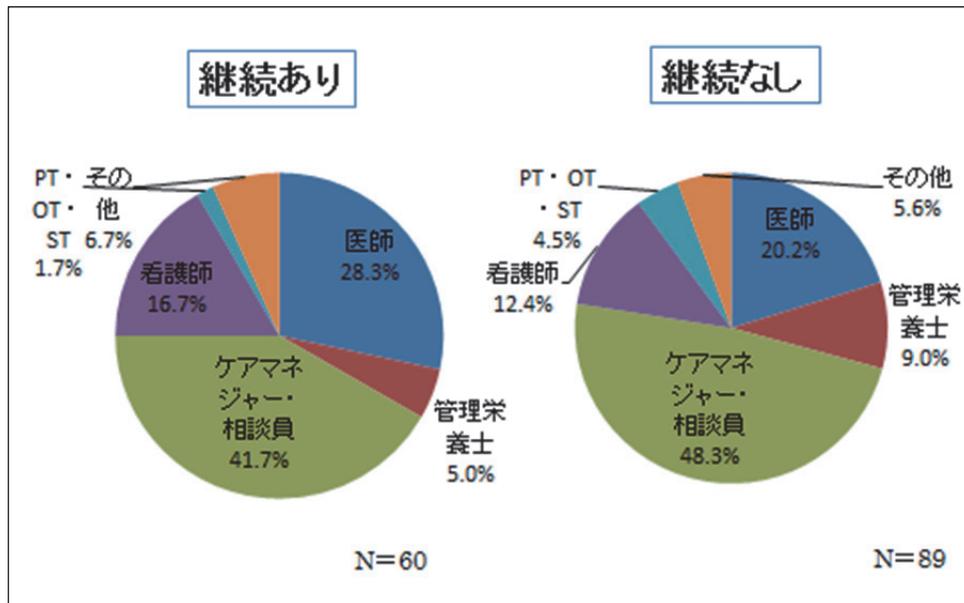


図 14-2 連携施設の依頼ルート 継続別

6) 事例対象者の主たる疾患（該当するもの1つを選択）

内容	%
内分泌・栄養・代謝	33.2%
循環器系	10.2%
尿路性器系	1.5%
呼吸器系	3.9%
精神・行動障害	4.4%
神経	4.9%
新生物	1.0%
消化器系	2.9%
低栄養	32.2%
皮膚・皮下組織	1.0%
筋骨格系・結合組織	1.5%
他に分類されないもの	1.5%
血液・造血器・免疫機構	1.5%
損傷・中毒・外因の影響	0.5%

表 4 主たる疾患 N = 205

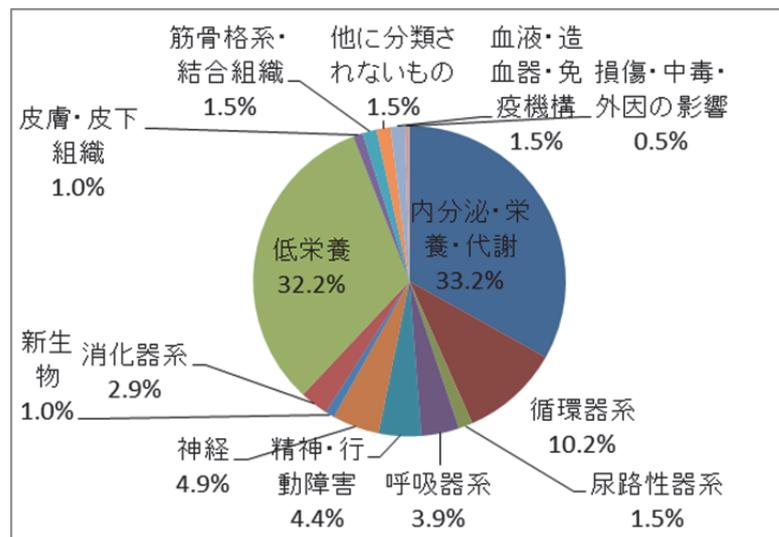


図 15 主たる疾患 N = 205

7) 医師の主たる指示事項（該当するもの1つを選択）

内容	%
COPD	0.0%
カリウム制限	0.5%
栄養量指示	3.6%
経口移行	1.0%
血糖コントロール	17.9%
減塩	4.6%
誤嚥予防	9.7%
食欲低下	8.2%
腎臓病	1.0%
体重管理	8.2%
脱水予防	1.0%
低栄養	27.2%
糖尿病性腎症	4.1%
透析	0.5%
慢性腎不全	4.1%
嚥下	3.6%
褥瘡	1.0%
その他	3.6%

表 5 主たる指示事項 N=195

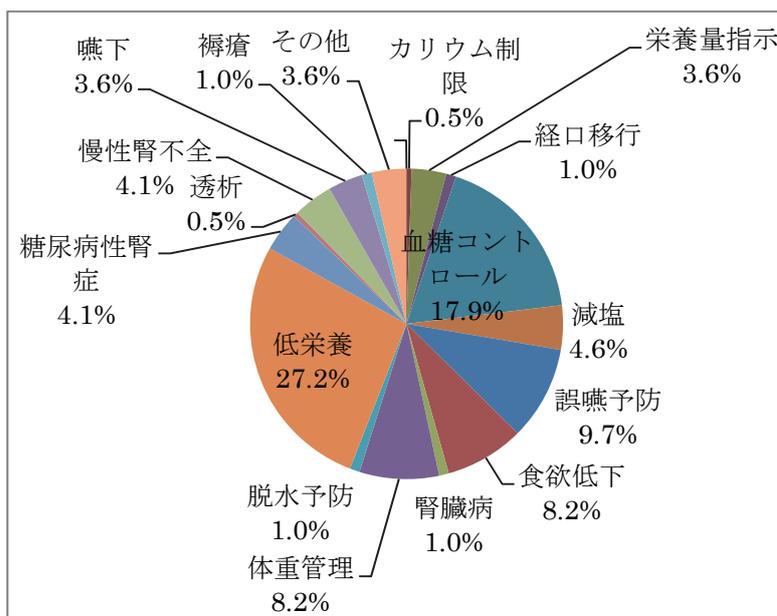


図 16 医師の主たる指示事項 N=195

8) 本人および家族の抱えている栄養・食事に関する問題（複数回答可）

①治療食について（25.7%）、②食欲低下（22.5%）、③水分摂取について（7.1%）、④食欲低下（8.7%）、⑤嚥下・誤嚥について（19.6%）⑥その他（16.4%）であった。その他の内訳は、経腸栄養について、便秘および下痢、過食（体重増加）、食介護（調理、食べ方等）であった。

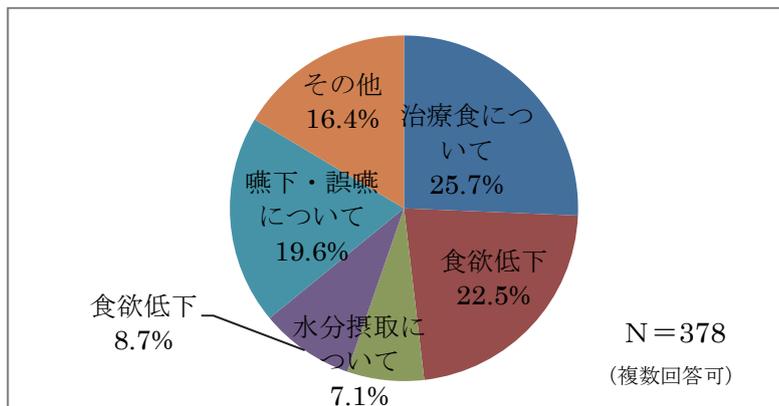


図 17 栄養・食事に関する問題

9) 在宅訪問栄養食事指導を実施した効果について（該当するもの1つを選択）

①好転した（37.3%）②悪化の進行が止まった（19.8%）、③現状の維持ができた（41.0%）、④悪化した（1.9%）であった。

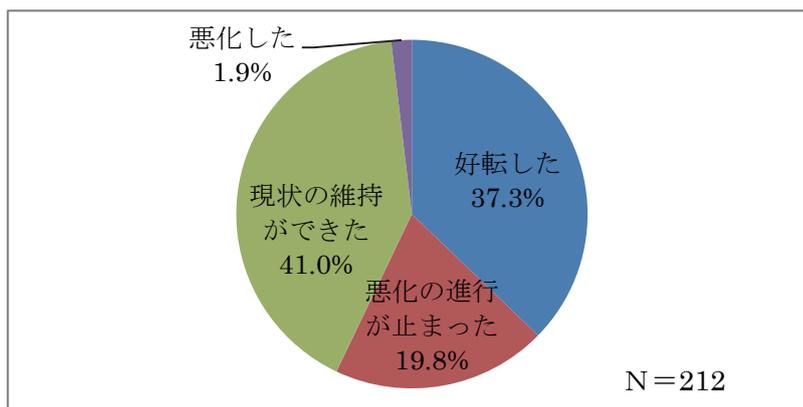


図 18 訪問栄養食事指導の効果

10)在宅訪問栄養食事指導を実施して、改善した内容について（複数回答可）

改善した内容については、表6、図19のとおりである。その他の内訳は、介護負担が軽減した、身体機能の改善、療養者及び家族の不安解消等であった。

番号	内容	件数	%
1	食事量が増えた	60	10.8%
2	食欲増進	27	4.9%
3	目標体重に近づいた	33	6.0%
4	カリウム制限の方法を習得	19	3.4%
5	たんぱく制限食が実行できた	15	2.7%
6	食事の質と量の改善	119	21.5%
7	食べやすい食形態の調整	75	13.5%
8	血糖コントロールができた	39	7.0%
9	減塩方法の習得	30	5.4%
10	脱水の改善	25	4.5%
11	浮腫の軽減・消失	7	1.3%
12	低栄養の改善	50	9.0%
13	褥瘡の改善・治癒	15	2.7%
14	その他	40	7.2%
	合計値	554	

表6 改善した内容

N = 554 (複数回答可)

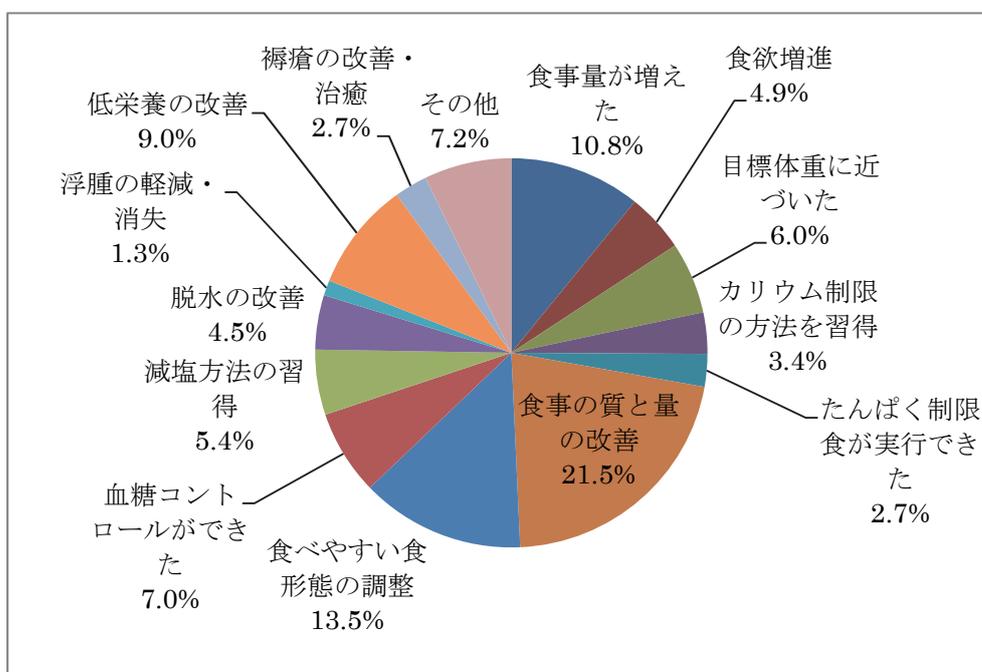


図19 改善した内容

N = 554
(複数回答可)

11) 在宅訪問栄養食事指導を行った結果、長期目標および短期目標の達成度を5段階で評価

長期目標については、①達成 (13.1%)、②やや達成 (30.5%)、③維持 (32.4%)、④やや未達成 (10.3%)、⑤未達成 (13.6%) であった。

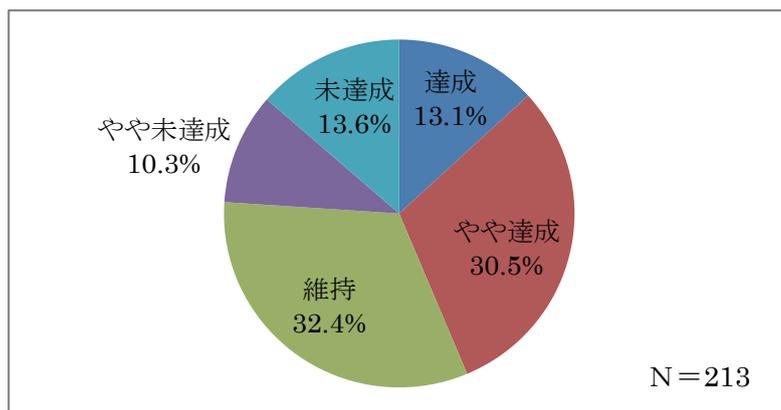


図 20 長期目標の達成度

在宅訪問栄養食事指導を継続した場合、①達成 (21.8%)、②やや達成 (31.0%)、③維持 (26.4%)、④やや未達成 (9.2%)、⑤未達成 (11.5%) であった。

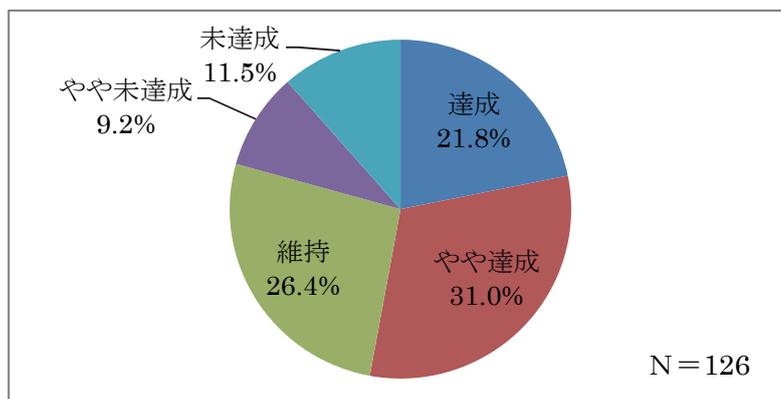


図 21 長期目標の達成度(継続あり)

在宅訪問栄養食事指導を継続しなかった場合、①達成 (7.1%)、②やや達成 (30.2%)、③維持 (36.5%)、④やや未達成 (11.1%)、⑤未達成 (15.1%) であった。

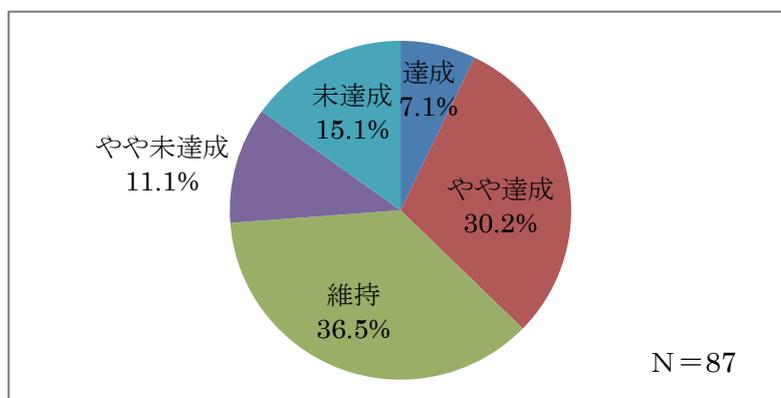


図 22 長期目標の達成度(継続なし)

短期目標については、①達成 (24.3%)、②やや達成 (47.0%)、③維持 (18.8%)、④やや未達成 (6.4%)、⑤未達成 (3.5%) であった。

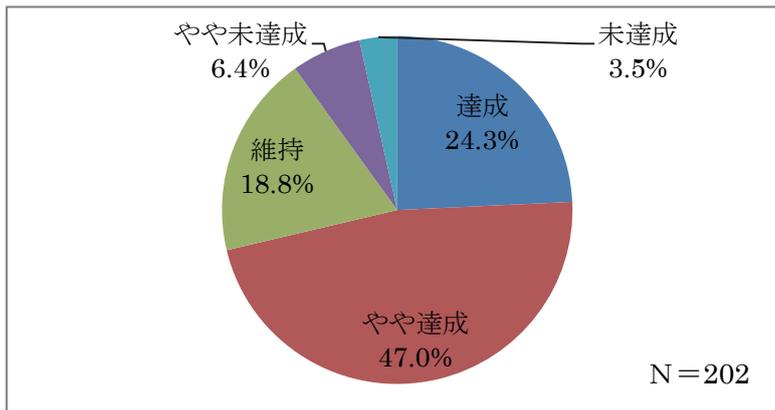


図 23 短期目標の達成度

在宅訪問栄養食事指導を継続した場合、①達成 (37.6%)、②やや達成 (42.4%)、③維持 (15.3%)、④やや未達成 (3.5%)、⑤未達成 (1.2%) であった。

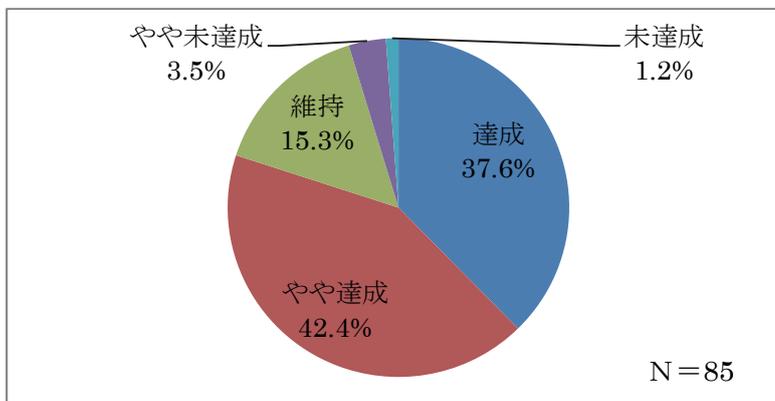


図 24 短期目標の達成度(継続あり)

在宅訪問栄養食事指導を継続しなかった場合、①達成 (14.5%)、②やや達成 (50.4%)、③維持 (21.4%)、④やや未達成 (8.5%)、⑤未達成 (5.1%) であった。

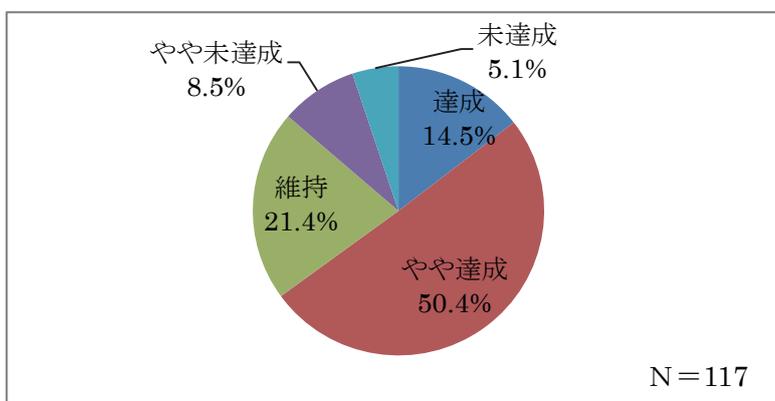


図 25 短期目標の達成度(継続なし)

12) 家族以外にどのような職種と連携したか？（複数回答）

番号	内容	件数	%
1	医師	129	20.3%
2	歯科医師	12	1.9%
3	保健師	7	1.1%
4	看護師・准看護師	127	20.0%
5	管理栄養士・栄養士	31	4.9%
6	薬剤師	19	3.0%
7	臨床検査技師	3	0.5%
8	歯科衛生士	12	1.9%
9	理学療法士	26	4.1%
10	作業療法士	16	2.5%
11	言語聴覚士	27	4.3%
12	社会福祉士・SW	40	6.3%
13	精神保健衛生士	0	0.0%
14	ホームヘルパー	81	12.8%
15	医療事務	11	1.7%
16	介護福祉士	30	4.7%
17	臨床心理士	1	0.2%
18	その他	62	9.8%
	合計値	634	

その他の内訳は、
ケアマネジャーが全体の
8.0%を占めていた。

表 7 連携した職種 N = 634 (複数回答可)

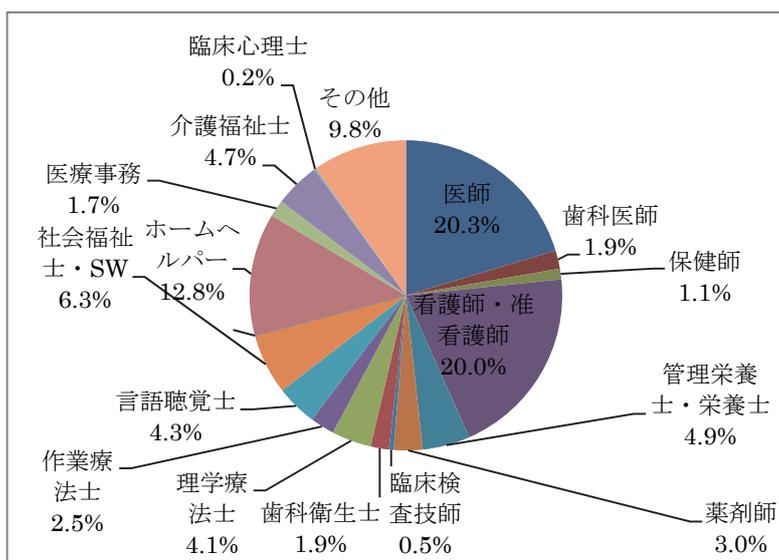


図 26 連携した職種 N = 634 (複数回答可)

14) 在宅訪問栄養食事指導の受け入れの状況

療養者・家族

初回：①非常に良い（20.0%）②良い（42.7%）③ふつう（28.6%）④やや悪い（6.4%）⑤悪い（2.3%）であった。

2回目以降：①非常に良い（31.7%）②良い（40.3%）③ふつう（26.3%）④やや悪い（1.6%）⑤悪い（0%）であった。

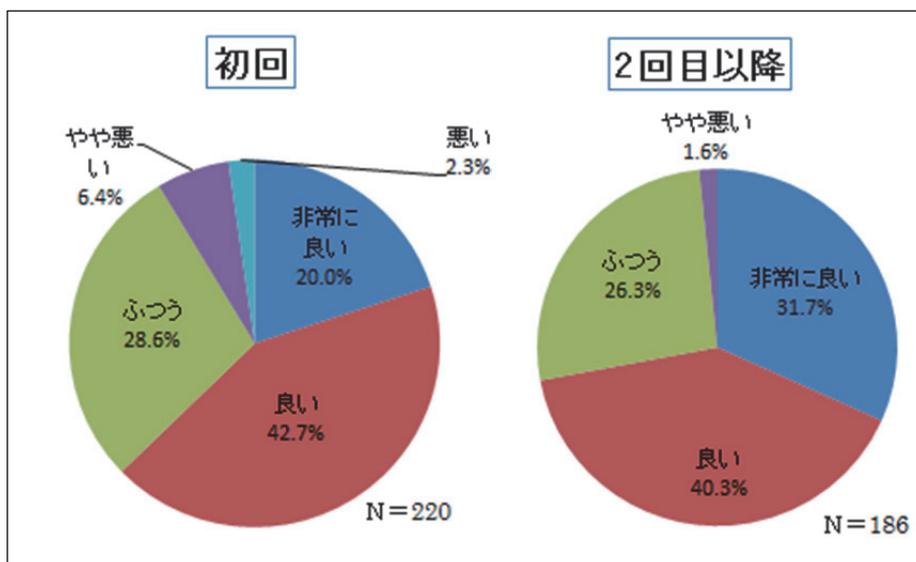


図 28 療養者・家族の受け入れ状況

連携職種

初回：①非常に良い（20.5%）②良い（45.1%）③ふつう（31.6%）④やや悪い（2.3%） □⑤悪い（0.5%）であった。

2回目以降：①非常に良い（24.5%）②良い（45.7%）③ふつう（28.3%）④やや悪い（1.6%）⑤悪い（0%）であった。

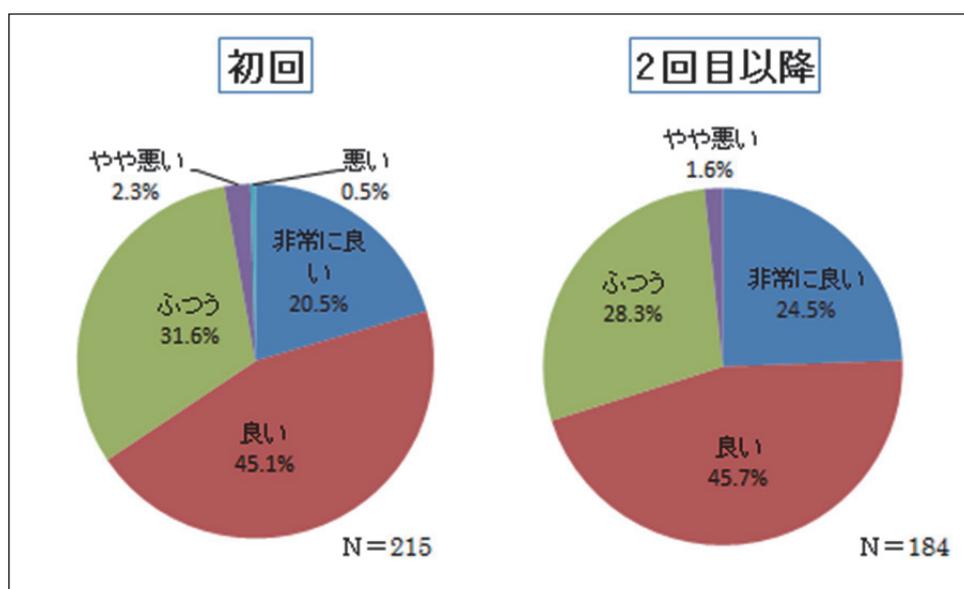


図 29 連携職種の受け入れ状況

2-2. 「在宅訪問管理栄養士」取り組み事例（レポート）継続後の状況調査

(1) 対象者

「在宅訪問管理栄養士認定制度」（公益社団法人日本栄養士会認定）の取り組み事例（レポート）提出者 350 名において、継続的に介入しておりさらに追跡調査に回答のあった 71 事例を対象とした。

(2) 方法

71 件の事例を図 30 のようにグループ分けをして集計し、それぞれの介入効果を検証した。

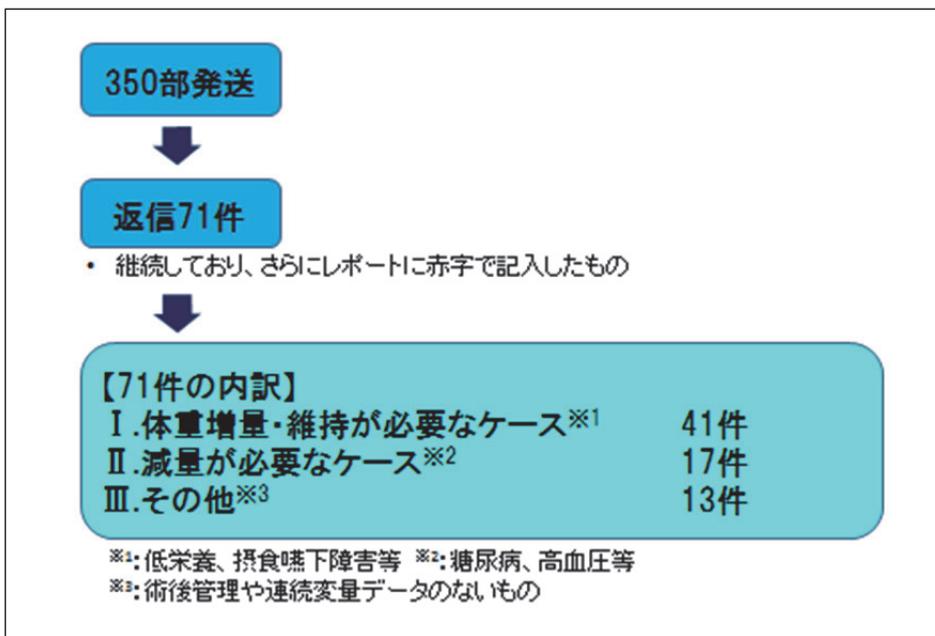


図 30 集計方法

(3) 結果

I. 体重増量・維持が必要なケース

追跡期間（月） 9.6 ± 10.5 、身長(cm) 152.0 ± 9.9 、通常時体重(kg) 47.2 ± 9.9 であった。

体重増量・維持を目的とした介入	
項目	
追跡期間(月)	9.6 ± 10.5
身長(cm)	152.0 ± 9.9
通常時体重(kg)	47.2 ± 9.9
平均値±標準偏差	
n=41	

表 9 追跡期間及び身体計測値

1) 体重および BMI

体重 (kg) においては、介入時 40.3 ± 8.7 であったが、介入後 42.7 ± 8.2 と増加した。BMI (kg/m^2) においては、介入時 17.3 ± 2.5 であったが、介入後 18.3 ± 2.5 と有意に増加した。

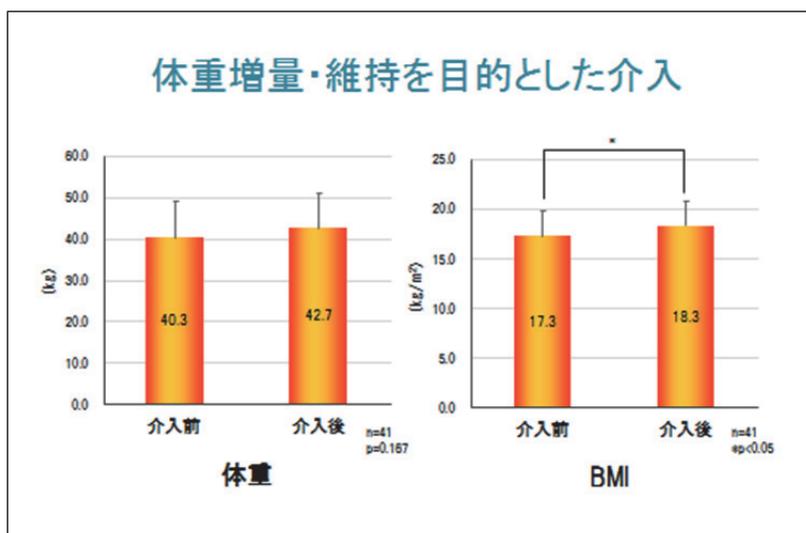


図 31 体重(kg)および BMI(kg/m^2)

2) 血清アルブミン値

血清アルブミン値 (g/dl) においては、介入時 3.2 ± 0.5 であったが、介入後 3.5 ± 0.5 と上昇した。ヘモグロビン値 (g/dl) においては、介入時 10.5 ± 1.3 であったが、介入後 11.8 ± 1.6 と上昇した。

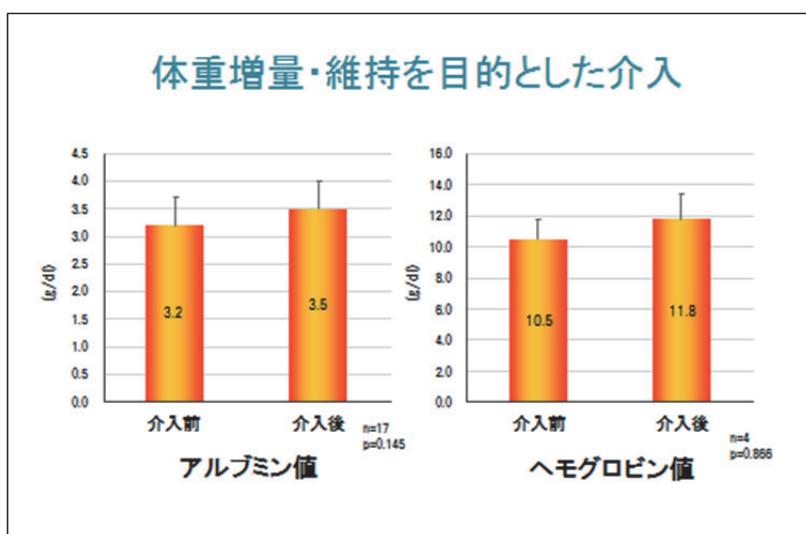


図 32 血清アルブミン値(g/dl)、ヘモグロビン値(g/dl)

3) 経口摂取エネルギー量および経口摂取たんぱく質量

経口摂取エネルギー量 (kcal/日) においては、介入時 745.3±372.3 であったが、介入後 1203.9±262.5 と有意に増加した。経口摂取たんぱく質量(g/日)においては、介入時 27.4±16.4 であったが、介入後 43.7±15.7 と有意に増加した。

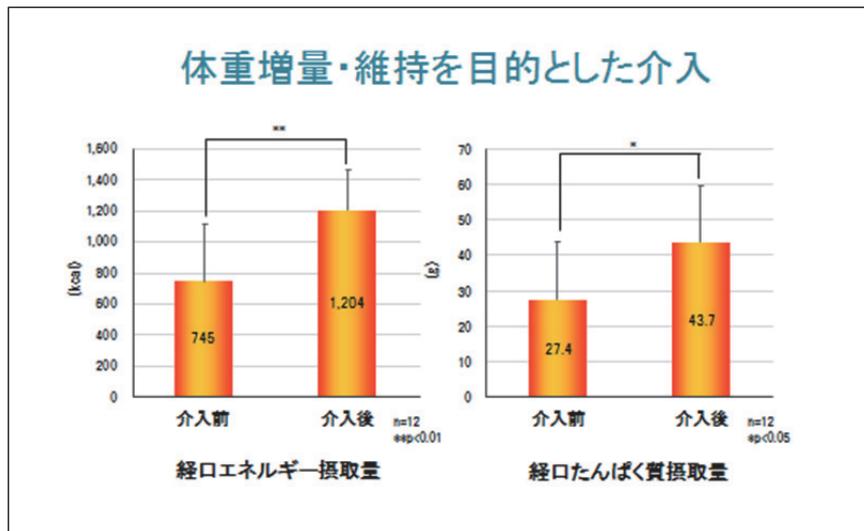


図 33 経口摂取エネルギー量(kcal/日)、経口摂取たんぱく質量(g/日)

4) 経口摂取水分量

経口摂取水分量(ml/日)においては、介入時 863.1±476.9 であったが、介入後 1215.9±345.9 と有意に増加した。

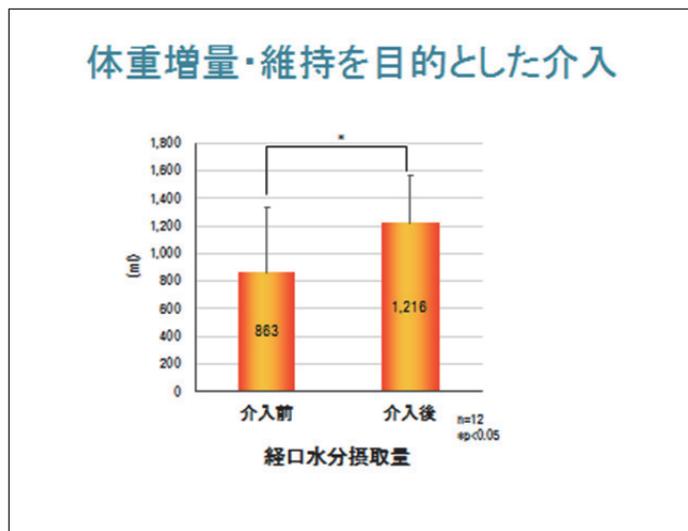


図 34 経口摂取水分量(ml/日)

II. 減量が必要なケース

追跡期間（月） 10.1 ± 7.7 、身長(cm) 155.0 ± 11.6 、通常時体重(kg) 60.9 ± 12.1 であった。

減量を目的とした介入	
項目	
追跡期間(月)	10.1 ± 7.7
身長(cm)	155.0 ± 11.6
通常時体重(kg)	60.9 ± 12.1

平均値±標準偏差

n=17

表 10 追跡期間および身体計測値

1) 体重およびBMI

体重 (kg) においては、介入時 61.3 ± 11.7 であったが、介入後 58.4 ± 10.9 と低下した。

BMI (kg/m^2) においては、介入時 25.5 ± 3.2 であったが、介入後 24.2 ± 3.8 と減少傾向であった。

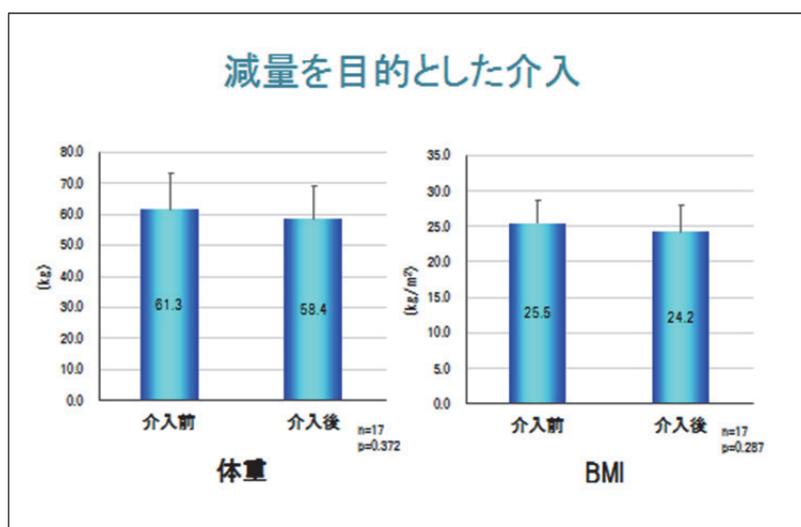


図 35 体重(kg)およびBMI(kg/m^2)

2) ヘモグロビン A1c およびトリグリセリド値

ヘモグロビン A1c(%)においては、介入時 7.8±1.1 であったが、介入後 6.5±0.8 と低下した。トリグリセリド値 (mg/dl) においては、介入時 133.0±21.0 であったが、介入後 110.5±6.5 と減少した。

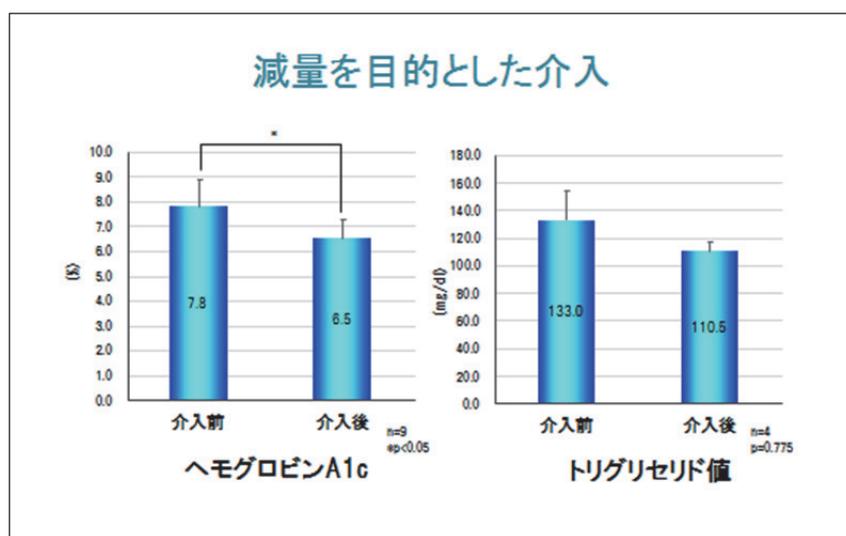


図 36 ヘモグロビン A1c(%)、トリグリセリド値(mg/dl)

3. 考察

3-1. 在宅高齢者への訪問栄養食事指導への取り組みに関するアンケート調査

(1) 基本的属性

日本栄養士会および日本在宅栄養管理学会の会員で、平均年齢 43.1±9.9 歳で有効回答 233 件(回答率 64%)を対象であった。

(2) 管理栄養士が在宅高齢者の栄養管理を行う体制について

1) 診療報酬および介護報酬請求と栄養管理の継続

取り組み事例において、請求を行った事例は約 3 割であった。認定試験のためを除く請求しなかった(できなかった)理由として、「請求先と連携できなかった」、「請求方法が不明」、「その他」であった。その他の内訳として「行政職員のため」、「福祉施設職員のため」、「請求できる医療機関に所属でないため(調剤薬局)」、「診療報酬・介護報酬に該当しなかった」、「医療機関での介護請求は行っていないため」、「管理栄養士が医療機関と雇用契約を結ばなかった」等であった。

在宅訪問栄養食事指導の継続状況については、本人および家族の要望がある場合に継続性が高い。また、報酬を請求した方が在宅訪問栄養食事指導を継続する率が高く、継続回数も多かった。認定試験のためを除く継続しなかった理由として、「その他」の内訳として「改善したので必要ない」、「外来栄養食事指導に移行した」、「請求できないため」、「入院・施設入所のため」、「死亡」であった。

このように、在宅訪問栄養食事指導が必要であるにも関わらず、管理栄養士の所属先によって請求ができない(管理栄養士が請求側と雇用関係にあることが必須)ことや、請求方法等が課題であることが明らかになった。また、継続については、本人および家族の要望がある場合に高く、転帰による理由で困難になる場合があることが明らかになった。

2) 依頼ルートおよび連携状況

退院時、在宅、連携施設の依頼ルート別では、いずれの依頼ルートもケアマネジャー・相談員、医師、看護師の順に多い。また、連携状況については、複数の事業所と多職種との連携を行っていた。このようなこ

とから、医療機関、介護施設、サービス事業者等との連携が必須であることが示された。

3) 疾病分類と主治医の指示事項と在宅訪問栄養食事指導の改善効果

疾病分類においては、内分泌・栄養・代謝、低栄養、循環器系の順で多く、疾病分類のなかには、報酬を算定できない疾患が含まれていた。さらに、栄養食事の問題点においては、治療食について、食欲低下、嚥下・誤嚥の順で多く、専門職のスキルが求められていた。このような疾病、問題点を改善するために在宅訪問栄養食事指導を継続的に行った結果成果があがっている。

3-2. 「在宅訪問管理栄養士」取り組み事例（レポート）継続後の状況調査

初回介入後、継続的に在宅訪問栄養食事指導を行い、介入後調査を行った。その結果を「体重増量・維持」目的と「減量」目的とにグループ分けし、それぞれの介入効果を分析した。

1) 体重増量・維持目的においては、BMI (kg/m^2)、経口摂取エネルギー量 ($\text{kcal}/\text{日}$)、経口摂取たんぱく質量 ($\text{g}/\text{日}$)、経口摂取水分量 ($\text{ml}/\text{日}$) において有意差があり、栄養介入の効果が認められた。また、体重 (kg)、アルブミン値 (g/dl)、ヘモグロビン値 (g/dl) においては、有意差が認められなかったが増加傾向であった。

2) 減量目的においては、HbA1c (%) においては有意に低下した。また、体重 (kg)、BMI (kg/m^2)、トリグリセリド値 (mg/dl) においては有意差が認められなかったが減少傾向であった。

「体重増量・維持」目的と「減量」目的のいずれにおいても、有意差が認められた項目と客観的指標に有意差がなかったが改善傾向にあった項目から、管理栄養士が継続的に栄養介入することによって改善効果があったといえる。

4. 結語

在宅高齢者への訪問栄養食事指導への取り組みに関するアンケート調査においては、在宅訪問栄養食事指導を継続している理由は、家族の要望によるものが多く、その必要性が示された。また、継続しなかった（できなかった）理由は、算定要件、請求方法、連携体制等の課題があがっている。

また、介入後調査においては、自宅で実践可能な栄養介入を継続的に行うことが、栄養状態の改善、疾病の改善、食に関する問題解決に寄与することが明らかになった。

ヒアリング調査結果

駒沢女子大学健康栄養学科 本川 佳子

1. 目的

先進的に在宅訪問栄養食事指導等を実施する都道府県栄養ケア・ステーション、病院および施設に対して、在宅訪問栄養食事指導実施までの過程や現在抱えている課題を把握するためヒアリング調査を実施する。

2. 内容

地域における在宅訪問栄養食事指導取り組みの現状

地域資源等との連携状況

地域におけるニーズ、またニーズの吸い上げ方

現在までの効果や課題

今後の方向性

3. ヒアリング対象施設と実施日

対象施設	実施日
公益社団法人 宮崎県栄養士会	平成 27 年 1 月 21 日 (水)
公益社団法人 新潟県栄養士会	平成 27 年 1 月 29 日 (木)
公益社団法人 岡山県栄養士会	平成 27 年 2 月 10 日 (火)
公益社団法人 沖縄県栄養士会	平成 27 年 2 月 16 日 (月)

4. 結果

(1) 公益社団法人 宮崎県栄養士会

1) 栄養ケア・ステーション設立について

平成 15 年に設立し、その背景として宮崎県内の管理栄養士・栄養士のいない診療所でその必要性が示されるようになったことである。約 80 件の診療所で、管理栄養士・栄養士を雇用するまでには至らないが、栄養指導等をスポットで実施する管理栄養士・栄養士が必要であると回答し、医師会との覚書を結び、宮崎県栄養ケア・ステーションの設立に至った。

2) 地域在住高齢者に対する取り組み

介護保険を請求できる診療所はまだ少なく、保険請求の現状は 10 件中 2 件が介護保険という割合である。しかし、現在実施している在宅訪問等で事例をひとつひとつ積み重ね、その効果をケアマネジャーの連絡協議会や学会できちんと報告し、次につなげることが必要である。今後は地域包括支援センターに管理栄養士が常勤として勤務できるような体制を構築することが必要であると考えます。

3) 地域の問題点・課題

県内において介護保険が使える診療所がまだまだ少ない。また、これから在宅療養者が増えることが考えられ、医師、ケアマネジャーのみならず、PT、OT 等多くの職種と連携していく必要がある。

4) 地域における連携体制の構築に当たって必要なこと

まずは、地域の医師の理解が必要不可欠である。その中で、管理栄養士・栄養士が在宅医療に欠かせない存在であることをアピールしていかなければならない。そのためには 2) でも取り上げたように、事例をひとつひとつ積み重ねていき、必ず介入後の効果を示し、県内でアピールすることが大切である。

5) 今後の取り組みの方向性

今後は地域包括ケア会議が都道府県におりてくるが、その際にも管理栄養士・栄養士の存在をアピールしていかなければならない。まずはそのために、管理栄養士・栄養士の育成に力を入れている。自分自身で、提案し、請求までを実施できるような管理栄養士・栄養士がこれからは必要になってくる。そのうえで、さらに在宅訪問栄養食事指導を県内で推進していきたいと考える。

(2) 公益社団法人 新潟県栄養士会

1) 栄養ケア・ステーション設立について

新潟県栄養ケア・ステーションは

- ・保健指導相談
- ・食事療法等栄養相談
- ・介護予防栄養改善支援
- ・食育・健康栄養関連セミナー等に関する講師の紹介
- ・食育・健康栄養関連のパンフレット、メニュー等の企画制作

などを中心に、平成 24 年度から平成 26 年度まで厚生労働省の補助事業「栄養ケア活動支援整備事業」の採択を受け、事業を実施している。

2) 地域在住高齢者に対する取り組み

補助事業により、平成 24 年度から在宅高齢者への訪問を行っている。1 年目は地域の在宅訪問を実施している診療所、訪問看護ステーションなどと連携し、在宅訪問（28 件）を行った。2 年目からは、さらに診療所との連携を深め、医師の指示のもと在宅訪問を行った。3 年目の今年度は、育成・自立をテーマに管理栄養士・栄養士のためのセミナー実施と、診療所との契約を結ぶため栄養ケア・ステーション担当者が中心に診療所に依頼に回っている。

3) 地域の問題点・課題

地域内に大学病院等大きな病院がいくつもあるため、かかりつけ医と連携することが難しい。また、訪問先が山奥である場合も多く、交通の問題が発生した。また、1 年目に連携してくださった診療所においても管理栄養士・栄養士が在宅に訪問して何ができるのかという疑問があり、アピールの必要性を大きく感じた。

4) 地域における連携体制の構築に当たって必要なこと

現状の制度では、広めることが難しいと感じている。特に、ケアマネジャーから依頼があっても、そのかかりつけ医と連携することがとても難しい。管理栄養士・栄養士が自立できる制度が必要と考えるが、まずは管理栄養士・栄養士自身のスキルの向上を目指していくことが必要である。

5) 今後の取り組みの方向性

これまでは、補助事業による補助金で実施していたが、今後は自立して収入を得られるようになっていかなければならない。そのためには、地域包括支援センターに管理栄養士を配置し、地域の栄養・食事の問題を地域全体で把握していかなければならない。今後は、県内への栄養ケア・ステーションのアピールをさらに強めていきたい。

(3) 公益社団法人 岡山県栄養士会

1) 栄養ケア・ステーション設立について

岡山県栄養ケア・ステーションは、平成 17 年度に設立し、以下の事業を中心に活動している。

- ・在宅訪問栄養食事指導
- ・医療機関における栄養指導（診療所等への管理栄養士・栄養士紹介事業）
- ・特定保健指導における管理栄養士の紹介
- ・事務局での栄養相談（来所、電話、メール等）※近年相談件数も増えつつある
- ・栄養関連講演・調理講習会に関する講師の紹介 ※高齢者支援センターからの依頼も含む（介護予防のための栄養・食生活相談、食育、災害時における食事等）
- ・献立作成
- ・広報活動（情報提供、シンポジウム、学会発表）
- ・平成 23 年度～「糖尿病等栄養管理連携支援システム活用推進事業」実施（栄養指導のモデル運用の拡大）
- ・平成 24 年度、平成 25 年度 厚生労働省補助事業「栄養ケア活動支援整備事業」実施

2) 地域在住高齢者に対する取り組み

平成 24 年より、厚生労働省の補助事業「栄養ケア活動支援整備事業」を実施し、管理栄養士・栄養士のスキル向上を目指した研修会の実施、医師・訪問看護師・ケアマネジャー・訪問介護員へ管理栄養士・栄養士の在宅訪問に関するニーズ調査を実施し、地域におけるニーズの吸い上げを行った。また地域診療所等と連携し、在宅高齢者、在宅がん患者 19 名に訪問栄養食事指導を行った。現在もケア・ステーションの活動として、医師、ケアマネジャーからの依頼により在宅訪問栄養指導を行っている。

3) 地域の問題点・課題

居宅療養管理指導を行っている無床診療所においては医師が訪問診療を行うも管理栄養士が在籍しておらず、訪問栄養食事指導が実施できていないのが現状である。

岡山市では、ふれあい公社の介護予防センターに管理栄養士が在籍し、予防指導に努めているが、岡山県内の地域包括支援センターにも管理栄養士の配置が必要と考え、さらに多職種連携による在宅医療の発展に関わることが課題である。

4) 地域における連携体制の構築に当たって必要なこと

岡山県内において、栄養ケア・ステーションの認知度をもっと高める必要がある。また、県内における医療連携、在宅医療、地域包括に関する会議等にはすべて出席し、管理栄養士・栄養士も在宅医療におけるキーマンであることを示していかなければならない。

5) 今後の取り組みの方向性

今回の補助事業「在宅における栄養・食生活支援」は全県下で実施したが、今後、①特定の地区で重点的に実施する。②多職種との連携もさらに深める。③広報活動の機会を増やし、活動事例を提示する。以上のことにより管理栄養士・栄養士の必要性を働きかける。

(4) 公益社団法人 沖縄県栄養士会

1) 栄養ケア・ステーション設立について

沖縄県栄養ケア・ステーションは、栄養改善事業・健康づくり事業を遂行するため『栄養ケア・ステーション』を設置し、「健康おきなわ21」の推進、県民の長寿再生・生活習慣病予防・健康維持増進に貢献していくことを目的に設置した。その事業内容は、特定保健指導における人材育成・登録・紹介、クリニックの栄養相談における人材育成・登録・紹介、食育および健康関連セミナー・栄養相談・料理教室に関する講師紹介、外食成分表示推進に関する外食アドバイザーの育成・登録・紹介である。また、平成24年度から平成26年度まで厚生労働省の補助事業「栄養ケア活動支援整備事業」の採択を受け、事業を実施している。

2) 地域在住高齢者に対する取り組み

平成24年度より、厚生労働省の補助事業「栄養ケア活動支援整備事業」を実施し、管理栄養士・栄養士のスキル向上を目指した研修会の実施、栄養ケア事業に関するニーズ調査を実施し、地域におけるニーズの吸い上げを行った。また地域の医療機関、事業所、訪問看護ステーション、社協と連携し、25件の指導を実施した。今年度でモデル事業は終了するが、来年度以降も在宅訪問栄養食事指導を継続することとなった診療所が3施設である。その他、平成25年度は地域在住高齢者を対象とした沖縄県宅配弁当マップを作成した。

3) 地域の問題点・課題

県内で在宅訪問栄養食事指導を実施している施設が少なく、その理由としては「手が回らない」「依頼がない」というものが多くなっていた。また本島から離れた僻地や離島は管理栄養士・栄養士の人材不足があり、ITを活用した指導体制等の設備拡充が今後さらに必要になる。これまでは沖縄県栄養士会において、在宅訪問栄養食事指導に関する研修会の実施が無かったため、今後さらに充実させること、連携職種、療養者やそのご家族へ管理栄養士・栄養士の存在を伝えていく必要性が示された。

4) 地域における連携体制の構築に当たって必要なこと

在宅地域連携を進めていく中で、「管理栄養士・栄養士がなにをしてくれるかわからない」「管理栄養士・栄養士の必要性に対する認識が低い」ことや診療所との雇用契約が足かせとなり、進んでいかない実情があった。今後は他職種のなかで管理栄養士・栄養士も在宅医療のキーマンであることをしっかり示し、管理栄養士・栄養士自身のスキル向上が必要である。

5) 今後の取り組みの方向性

今後も在宅訪問栄養食事指導の推進を行いながら、県内の在宅医療部門に管理栄養士の設置を推進していきたいと考える。

Ⅲ. 多職種から管理栄養士による在宅訪問栄養 食事指導に期待すること

在宅訪問栄養食事指導を実施する管理栄養士に期待すること

北里大学病院 トータルサポートセンター センター長 小野沢 滋 (医師)

在宅医療の対象者は外来受診が困難な高齢者、もしくは何らかの疾患により寝たきりに近い生活を余儀なくされている方たちです。そして、今後の社会を考えたとき、いかにして、そういった方たちの生活を安定させ、再入院を防ぐのか、という事は喫緊の課題でもあります。図1は相模原市での要介護者の増加を示しています。現在2万人強の要介護者は2035年には45000人程度になると予想され、その多くが女性であることがわかります。

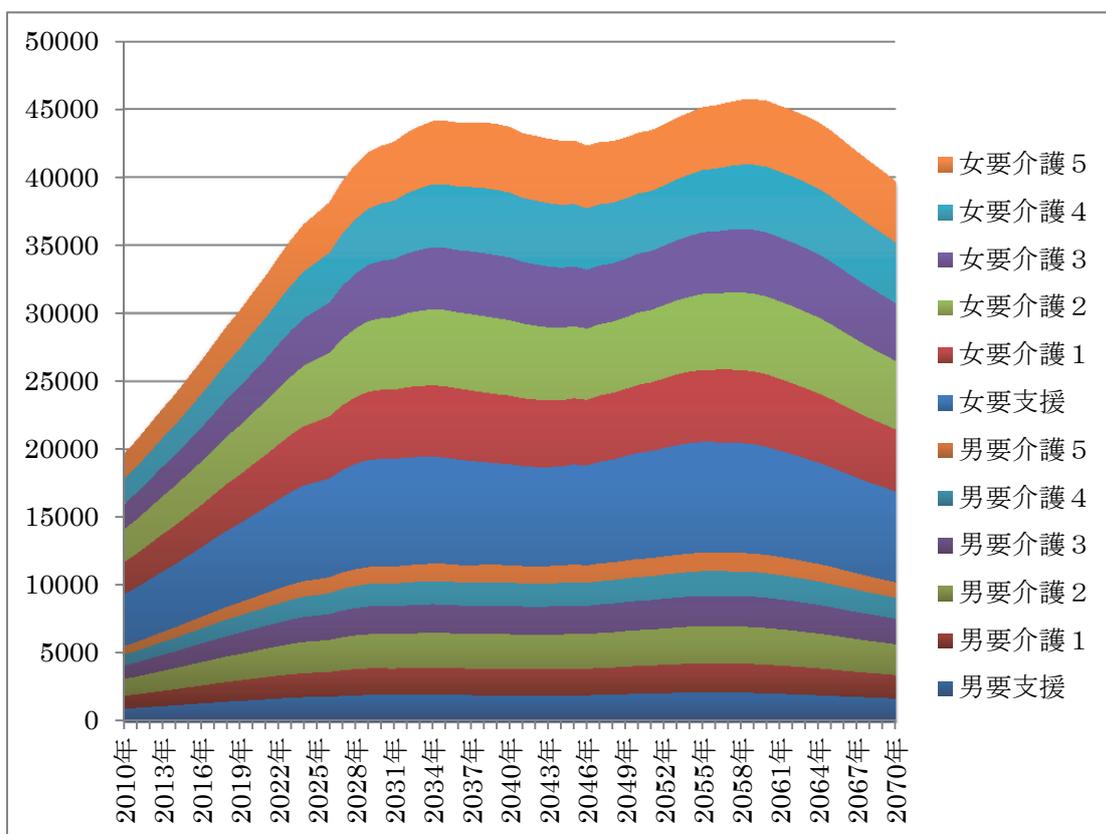


図1 相模原市の要介護者数の推移 (2010年国勢調査、2010年完全生命表、2010年年齢別出生率、2010年年齢階級別介護認定者数より筆者作成)

これは相模原市に限らず、首都圏のベッドタウンと言われる市ではどこでも同じような状況が見られ、今後20年ほどで、介護需要の激増が予想されています。そして、2060年頃までその状況が続きます。

一方で、これら介護需要の増加を支える労働力はどうなるのでしょうか。相模原市を例に2010年の国勢調査から封鎖人口を仮定して、主な労働力と考えられる、18-69歳人口を推定してみると、図2のように2035年頃には2割減の約40万人、2060年頃には現在の4割となってしまいます。

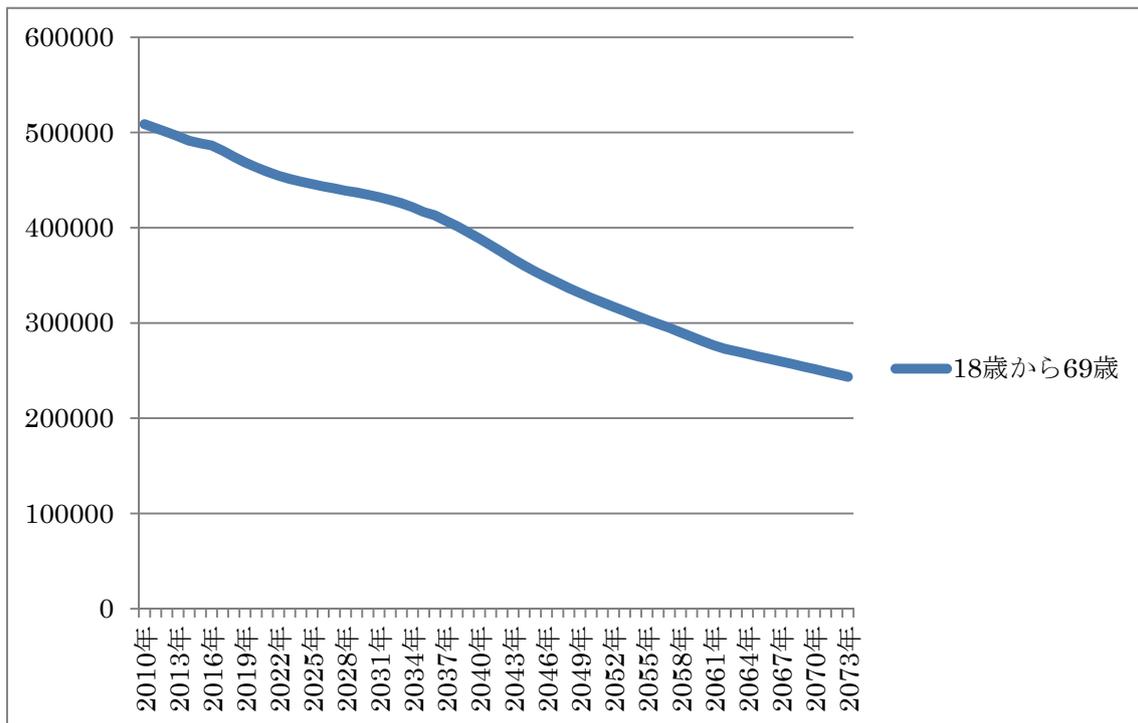


図2 相模原市の18歳から69歳人口の推移（封鎖人口仮定）

要介護者は増加することは確実ですし、労働力が減ることも確実に起きていきます。

厚労省の介護サービス施設・事業所調査によれば、相模原市の訪問介護事業所すべての労働力を常勤換算にすると、2013年でヘルパー750名分の労働力しか無いことがわかります。要介護者は2万人弱が自宅に居おり、それを介護する側はわずか750人しか居ないのです。要介護者の3割が低栄養でその人たちの食事をヘルパーが作る、と考えれば、相模原市のヘルパーは6000人の食事を750人で作るという計算になります。これはよほど工夫をしなければ困難です。

要介護者の約30%、もしくはそれ以上が低栄養状態にある、という事は各種調査から疑いも無い事実ですし、在宅訪問栄養食事指導が必要である事は論を待ちません。しかし、実際には訪問栄養「指導」を行っただけでは、栄養状態が改善することはありません。そこには「支援」が不可欠で、訪問栄養指導では否応なく、そういった社会的視野を持って活動する事が必要になるのです。これは大変ではありますが、非常にやりがいのある仕事だと思います。

要介護度の伸展をいかに減らすのか、そして、再入院をいかに減らしていくのか、このことを私たちは食・栄養の「支援」を通して、成し遂げる必要があります、その中心に管理栄養士が居るのです。管理栄養士の皆さん、まずは、地域に目を向けてください。そして、一步を踏み出してくださることを切に期待しています。

歯科より在宅訪問を実施する管理栄養士に期待すること

東京都健康長寿医療センター研究所 専門副部長 平野 浩彦（歯科医師）

日本は世界一の長寿国となり、世界に類を見ないスピードで高齢社会となった。その背景には、国民皆保険制度に代表される手厚い公的な医療インフラの恩恵があると考えられる。一方、医療インフラ自体はこの社会の人口構造変化により変革を強いられており、その変革のスピードが近年増しつつある印象がある。事実、昭和 23 年医療法制定後細かい改正はあったものの約 40 年近く根本的な改訂は無かった。しかし、昭和 60 年の第 1 次医療法改正に始まりその後、第 2 次（平成 4 年）、第 3 次（平成 9）、第 4 次（平成 12 年）、第 5 次（平成 18 年）さらに第 6 次（平成 26 年）とその頻度は高まっている。この改革頻度が高まった要因は、国民皆保険制度で勝ち得た世界一の長寿国である日本の現状そのものとも言えよう。平均寿命が延び、急速に超高齢社会となり、さらに医療水準の高度化等により、医療費は著しく増加し、その多くは高齢期に費やされている。つまり高齢化社会への移行が、医療費を急速に増加させることになった訳である。

こういった中、改革の目的の一つとして短期に医療サービスを可能な限り効率的に提供するシステム作りが求められてきた（「療養病床」と「一般病床」等に区分する病床区分の見直し、クリニカルパスの導入など）。また高齢化が進むことにより多くの高齢者がこのシステムでの医療サービス提供を受けることになった。高齢者の多くは、加齢による治癒機能の低下、複数の慢性疾患の併存、さらに既往疾患による ADL 低下を有している。つまり、医療サービス対象者の多くをしめる高齢者は、乱暴な記載になってしまうが“短期に医療サービスを可能な限り効率的に提供するシステム”に最もなじまない対象とも言える。そういった中、“地域”をキーワードとしたケアシステムである地域包括ケアシステムが、先の述べた一連の課題に対する対応策として地域に導入されつつある。このシステムの要素の一つに、「できる限り、住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを受けつつ、安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指す。」ことを目的に在宅医療が推進されている。

管理栄養士は、これまで病院、介護保険施設を中心として活躍されてきた業務内容から、「住み慣れた地域」さらに生活そのものの場である「在宅」へ、その活躍の場を広げていくパラダイムシフトが求められていると拝察する。この点は、歯科医療においても同様である。特に歯科は、う蝕、歯周疾患といったいわゆる「疾患モデル」をベースとして学問が体系づけられてきており、「生活」を支える視点が不足していた。そこで、円滑な在宅歯科診療を実施することを目的とした研修プログラムが作成され広く実施されている。その中で栄養管理の知識も求められており、東京都福祉保健局・東京都歯科医師会の「在宅歯科医療実践ガイドブック」では、「歯科が特に関与しなければならない内容としては、口腔機能（咀嚼機能や嚥下機能）と現在食べている食形態とのミスマッチによる経口摂取量の低下が見

られる場合である。特に在宅療養中の患者の場合などでは、患者や家族の強い思いから、常食など形がある食形態にこだわる傾向にある。本来、食形態は口腔機能に合わせて提供されるべきで、うまく食べられないことから、食時間が極端に延長し、結果として多く残食をしている場面にしばしば遭遇する。口腔機能に合った食形態の提供を積極的に行うべきである。」との記載がある。こういったなか、管理栄養士の業務としての、「個人の身体の状態、栄養状態等に応じた高度の専門的知識および技術を要する健康の保持増進のための栄養の指導」が、口腔機能評価と「生活の場」で結びつき、円滑な支援が実施できる標準化したシステムづくりが求められている。

「食べること」は、咀嚼・嚥下機能として人間が生存するための最も基本的な機能の一つであり、特に高齢者では日常生活における生きがいや楽しみとなっている。さらに生活の場である在宅では、家族や周囲の者にとっても、「食べている」時間と場は、家族として共に生きているということを実感できる貴重な機会となる¹⁾ことは、改めて言うまでもないことであろう。この「場」を、管理栄養士の方々と歯科医療従事者が支える地域インフラの整備が、本事業において加速されることを期待し稿を締めさせていただきます。

【参考文献】

- 1) 植田耕一郎：口腔機能の向上マニュアル～高齢者が一生おいしく，楽しく，安全な食生活を営むために～，口腔機能の向上についての研究班：1-98，2006.

管理栄養士による在宅訪問栄養食事指導に期待すること ～訪問看護の立場から～

慶應義塾大学 教授 原 礼子 (保健師)

現在、地域の包括的な支援・サービス提供体制の構築が推進されており、個々人の抱える課題にあわせて、専門職による医療・看護や介護・リハビリテーション、保健・予防が有機的な連携のもと一体的に提供されることが求められている。退院後も在宅療養者が自宅で安心して暮らすためには、入院中から在宅療養に向けた準備が必要である。退院支援では、地域の医療や介護との連携による継続ケアが不可欠である。できるだけ入退院を繰り返さず住み慣れた自宅での療養生活継続には、院内 NST から在宅ケア NST へのスムーズな移行が望ましい。その要は管理栄養士の活動であると考えている。

訪問看護師による在宅療養の食生活や栄養管理に関する活動において、在宅ケア NST の観点からもその役割が重要視されるようになってきているが、訪問看護領域では栄養評価方法と ADL、QOL、低栄養状態の予防などと関連付けた研究報告はほとんどみられず、訪問看護師が在宅療養者の食生活や栄養管理に関してどのように認識しまた実践しているのか、実態を明らかにすることを目的としてグループインタビュー調査を実施したことがある。訪問看護師は、利用者の栄養や食生活に関して具体的に関わっていることが明らかになったが、客観的なデータを活用し、測定の実施記録など意味ある重要な情報を体系的に収集してケアに活かすまでにはいたっていなかった。食生活や栄養管理に関するデータの入手システムの確立、訪問看護師のアセスメント能力や介入能力の向上が望まれる結果であった。加えて、効果的な関係職種との連携システム、栄養に関する知識や技術習得のための研修制度も重要であることが示唆された。このような観点から管理栄養士からの支援が必要不可欠だと感じた。

食べることは生きがいにつながる。「口から食べる」ことにこだわる療養者と家族は多い。それ故、経口による摂取でとすると誤嚥性肺炎につながることもある。訪問看護師は療養者の必要な医療処置を行い日々の健康管理に携わっており、家族への相談支援も行っている。関係する職種で療養者と家族の自宅での様子、病院での検査結果や医師の指示など情報を共有し、的確で具体的な栄養指導や状態に応じて摂取できる見た目にも美味しい調理のポイントなどの指導を受けたいと思う。在宅療養者の QOL の維持と向上に管理栄養士への期待は大きい。

介護支援専門員から管理栄養士による在宅訪問栄養食事指導期待すること

東京医科歯科大学大学院 講師 遠藤 慶子（社会福祉士・介護支援専門員）

2014年6月に「医療介護総合促進法」が成立し、2015年度の介護報酬改正と相まって全国で地域包括ケアシステムの構築にむけて地域づくりが進められています。この介護保険制度改正は介護保険制度が始まって以来の大改革となっています。介護保険制度が始まって15年が経ちます。介護サービスは充実していく中で、介護支援専門員として現場で一番必要で足りないサービスが“管理栄養士による訪問栄養指導”だと思います。

1. 時代のニーズが読める管理栄養士に期待！

2000年にスタートした介護保険制度は、高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など介護ニーズの増大、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など要介護高齢者を支える家族のめぐる状況の変化を考え、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組み（介護の社会化）として創設されました。今年で15年目を迎えた介護保険制度は着実に社会に定着し、サービス利用の大幅な伸びに伴い、介護費用が急速に増大しています。介護保険制度開始当時の2000年度は3.6兆円だった介護費用は、2013年9.4兆円となり、2025年には21兆円になると推計されています。なんと6倍になるのです。また5.5人に1人が後期高齢者となる2025年の社会では、①認知症高齢者、②世帯主が高齢者の単独世帯・夫婦のみ世帯の割合が増加されると推計されこの大きな数字になっています。これに加え今までは農村部の高齢化の問題が言われてきましたが、これからは首都圏を始めとする都市部でも急速に高齢化が進んでいくと予測されています。そこで、社会構造の変化や高齢者のニーズに応えるために「地域包括ケアシステム」の実現を目指してきているのです。

このような介護保険制度の状況を踏まえ、「地域包括ケアシステム」を構築することで10年後（2025年）の「大介護時代」を乗り切るために日本が介護保険制度の舵を大きく切り始めたのです。地域包括ケアシステムは、在宅およびサービス付き高齢者向け住宅等での介護を前提とする制度です。そこで高齢者が住み慣れた地域で生活が継続できるようにするために、介護・医療・生活支援・介護予防を充実されていくことが重要になります。そこでこれらを充実させるための基本は食事になります。糖尿病が重度化したら、低栄養になったら肥満も低栄養もクローズアップされています。この救世主が管理栄養士の訪問栄養指導だと思います。

2. 管理栄養士と介護支援専門員はWin-Winの関係で・・・

介護支援専門員は介護保険制度開始に伴って新たにできた資格です。ここで難しいのが介護支援専門員はそれぞれベースになる資格が異なっていることです。第1回（平成10年度）の介護支援専門員実務研修受講試験を職種別に見ると医療職が70%（内看護職：38.0%）

で福祉職が30%（介護福祉士：19.2%）でした。しかし第16回（平成25年度）では逆転して福祉職が90%（介護福祉士：70.1%）で看護職は7.3%となっています。

私たち介護支援専門員自身も一番難しいケアプランは、食事に関することです。食事は、食べていけばいいということだけでなく、生活の中で改善し習慣化することも重要になります。これからは多くの福祉職の介護支援専門員の教育にも栄養指導が必要になるでしょう。

介護支援専門員は食事の課題を管理栄養士に訪問栄養指導をしてもらうことで解決する一方、これから増えるであろう地域に出かける管理栄養士には生活の様子を知らせていくと言う Win-Win の関係が重要になります。今まで行き詰まっていたケアプランの中に訪問栄養指導が入ることにより、介護支援専門員のケアプランが効果的に作成されることを期待しています。

介護支援専門員実務研修受講試験：職種別合格者数

職 種	第1回(平成10年度)		第16回(平成25年度)		第1～16回合計	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
医師	13,863	5.2%	41	0.2%	15,020	2.5%
歯科医師	2,880	1.1%	58	0.3%	3,625	0.6%
薬剤師	15,361	5.8%	209	0.9%	19,530	3.3%
保健師	18,991	7.1%	272	1.2%	25,715	4.3%
助産師	1,133	0.4%	14	0.1%	1,843	0.3%
看護師、准看護師	101,339	38.0%	1,620	7.3%	158,087	26.5%
理学療法士	5,816	2.2%	673	3.0%	11,863	2.0%
作業療法士	3,188	1.2%	424	1.9%	7,375	1.2%
視能訓練士	83	0.0%	9	0.0%	204	0.0%
義肢装具士	68	0.0%	3	0.0%	116	0.0%
歯科衛生士	5,058	1.9%	174	0.8%	10,790	1.8%
言語聴覚士	293	0.1%	81	0.4%	988	0.2%
あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師	3,501	1.3%	316	1.4%	7,532	1.3%
柔道整復師	1,907	0.7%	159	0.7%	3,401	0.6%
栄養士(管理栄養士含む)	5,862	2.2%	338	1.5%	11,665	2.0%
社会福祉士	7,539	2.8%	2,161	9.7%	34,685	5.8%
介護福祉士	51,135	19.2%	15,647	70.1%	237,887	39.9%
精神保健福祉士	796	0.3%	300	1.3%	4,448	0.7%
相談援助業務従事者、介護事業従事者	27,875	10.5%	2,607	11.7%	65,094	10.9%
合 計	266,688	100.0%	25,106	100.0%	619,868	100.0%
合格率	44.1%		15.5%		—	

※第二位

※第一位

公益社団法人日本栄養士会栄養ケア・ステーションとの連携について

公益社団法人 日本栄養士会 常任理事

栄養ケア・ステーション事業部長 田中 弥生

公益社団法人日本栄養士会が登録商標を持つ栄養ケア・ステーションは、地域に顔の見える管理栄養士・栄養士を増やすために2008年4月より都道府県栄養士会に一か所設置され、現在は主に特定健診後の特定保健指導等に従事できる管理栄養士の登録機関として活用されている。栄養ケア・ステーションに登録されている管理栄養士は、本年度の診療報酬改定において、有床診療所では管理栄養士の雇いあげが難しい場合に栄養管理実加算や栄養食事指導を行う場合の管理栄養士の雇用窓口として利用してよいこととなった。ここで、在宅訪問管理栄養士の働く場として大いに期待したいのは都道府県栄養士会栄養ケア・ステーションの下部組織となる地域支援型病院や居宅療養管理指導事業所に立ち上げた認定栄養ケア・ステーションの存在である。認定栄養ケア・ステーションとは、日本栄養士会会員であることが必務で、医療機関、公的機関、医療保険機関、民間機関などの地域密着型であり自立・採算性のある事業を拠点としたのが認定栄養ケア・ステーションとなるが、10年後には全国15000件を目標に掲げている。

例をあげると、地域の中、クリニックの医師が中心となり訪問介護、訪問リハビリテーション、訪問看護ステーション、栄養ケア・ステーションなど、それぞれの事業者同士が患者宅の30分以内に確保され患者宅に集合するといった訪問診療がある。それぞれの事業者がクリニックには行かなくてよい仕組みである。情報通信技術の手段としてはクラウドで稼働し患者の基本的情報や意見の交換を閲覧している

このように地域支援型病院と居宅療養管理事業者(診療所・薬局など)に認定栄養ケア・ステーションを立ち上げてよりスキルの高い在宅訪問管理栄養士が食と栄養の在宅環境を整えることにより、栄養障害のある在宅療養者は減少すると見込んでいる。

現在、この計画は日本栄養士会および都道府県栄養士会や日本在宅栄養管理学会等により診療所等に認定栄養ケア・ステーションのモデルを立ち上げる方向で進んでおり平成28年度以降に本事業を開始できるようモデル事業の準備等を進めている。

1) 田中弥生：地域包括ケアシステムにおける栄養管理の重要性, 日本静脈経腸栄養学会誌, Vol. 29 No. 5, 1143-1149, (2014)

2) 前田佳予子, 手嶋登志子, 中村育子, 田中弥生：ケアマネジメントにおける在宅訪問栄養食事指導の現状および問題点—栄養ケア・ステーションの今後の展開—, 日本栄養士会雑誌(栄養日本), 53, 648-656 (2010)

3) 公益社団法人 日本栄養士会ホームページ <http://www.dietitian.or.jp>

IV. セミナー実施報告

本調査研究により作成された管理栄養士による在宅高齢者への栄養ケア・マネジメントにもとづく有効な栄養指導方法についてのガイドの活用および事例、地域連携方法等について、下記の全国4会場にてセミナーを開催した

【北海道ブロック】

日 時：平成27年3月1日（日）10：00～12：00

場 所：かでの2・7 北海道立道民活動センタービル

札幌市中央区北2条西7丁目 道民活動センタービル

【東海ブロック】

日 時：平成27年3月7日（土）17:00～19:00

場 所：ウィルあいち 愛知県女性総合センター

愛知県名古屋市東区上堅杉町1番地

【関東・東北・信越、関西・中国・四国ブロック】

日 時：平成27年3月22日（日）10：00～12：00

場 所：AP 東京八重洲通り

東京都中央区京橋1丁目10番7号 KPP 八重洲ビル7・11・12・13階

【九州ブロック】

日 時：平成27年3月28日（土）13:00～15:30

場 所：中村学園大学

福岡県福岡市城南区別府5-7-1



(調査1)
管理栄養士による在宅高齢者に対する訪問栄養指導実施状況に関する実態調査

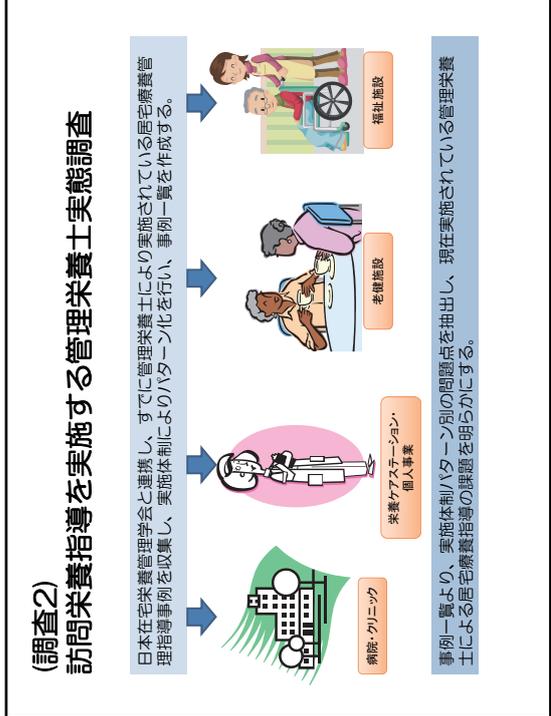
日本在宅栄養管理学会に所属し、病院・クリニック、栄養ケアステーション、老健施設、福祉施設等に勤務する管理栄養士に対してアンケートを作成する。
学会員804名に対し、郵送法によりアンケート調査を実施。

各機関の在宅高齢者の現食状況、栄養状態の把握状況を確認するとともに、管理栄養士による在宅訪問栄養指導の実施の有無、実施の場合はその実施方法及び効果と課題、実施していない場合は実施に向けた阻害要因について明らかにする。

調査目的

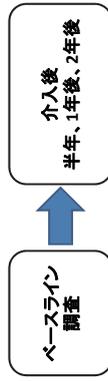
在宅高齢者に対する栄養ケアの重要性が指摘されているにもかかわらず、管理栄養士による居宅療養管理指導での栄養管理が十分に実施されていないのが現状である。
 その要因は管理栄養士の実施する体制や在宅高齢者の現食状況、栄養状態の把握方法が確立していないという点があげられる。
 在宅高齢者に十分な栄養管理を実施しようとしても十分なケアプランを示すことができず、在宅高齢者や家族と連携する医師、看護師、ケアマネジャー等にその有効性が十分に認知されていないのが現状である。
 さらに、栄養ケア・マネジメントを実施する管理栄養士自身の在宅訪問栄養指導に関わる管理栄養士の数も確保されていないため、現食状況、栄養状態を把握できていない。
 効果的な栄養介入のタイミングや介入が十分ではなく、その有用性についても認識されていない。

栄養ケア・ステーション、病院、診療所、介護老人保健施設の管理栄養士が地域連携を強化し居宅療養管理指導でのサービスの確立を必要とする。



(調査3)
管理栄養士による訪問栄養指導の改善効果の検証

平成23年度から公益社団法人日本栄養士会と全国在宅訪問栄養指導研究会(訪栄研)における「在宅訪問管理栄養士」の認定試験事例レポートを提出した366事例を対象に介入後の調査を実施し、訪問栄養指導の効果を検証する



(調査4)
在宅高齢者の摂取状況・栄養状況把握方法と栄養食事指導方法と地域連携方法の提案(ガイドラインの作成)

公益社団法人日本栄養士会の会で日本在宅栄養管理学会員が関わる管理栄養士が勤務する医療機関、栄養ケア・ステーション、介護老人保健施設などの居宅栄養管理指導の普及を目指す



ガイドラインの作成(完成後)
皆様へ郵送)、セミナーの開催



これまでの調査結果

目的=これまでに学がった課題の解決

本事業の目標(期待される効果)

サービス提供基礎の整備

- 管理栄養士による栄養管理体制を把握し検討を行うことで、在宅高齢者の接触状況、栄養状態の把握方法を確立し、標準化することができる
- 複数の施設における調査を実施し、サブグループ解析を実施することで、管理栄養士による有効な栄養管理のサービス提供方法が示され、管理栄養士による在宅高齢者への栄養ケア・マネジメントに基づく有効な栄養指導方法を提案することができる
- 本調査結果に基づき、在宅高齢者の摂食状況、栄養状態の把握方法に関するレクチャーを実施することから、今後の管理栄養士の職域拡大、育成に寄与することができる。

モデル事業の媒体効果

- サービス提供基礎の整備に基づき、ガイドラインを作成し、今後日本栄養士会により管理栄養士に向けてセミナーを複数回実施する。

管理栄養士による在宅高齢者に対する訪問栄養指導実施状況に関する実態調査

方法

対象者：

全国在宅訪問栄養食事指導研究会(訪栄研)会員のみなさま
804名(平成26年7月時点)に郵送にて発送

調査項目：

- (1)現在の訪問栄養食事指導実施の有無
- (2)実施している場合：運搬の状況等
- (3)実施していない場合：阻害要因等

回収

804件送付▶ 回収426件▶ 有効回答数419件

低栄養等の栄養状態にサポートが必要な高齢者に対して訪問栄養食事指導を行っていますか

No. カテゴリ一名	n	%
1 実施している	111	26.5
2 実施していない	307	73.3
無回答	1	0.2
全体	419	100.0

在宅訪問栄養食事指導のサポート体制・サポートの仕組みの有無

No. カテゴリ一名	n	%
1 チームによる支援	42	37.8
2 職種ごとの個別の支援	66	59.5
無回答	5	4.5
非該当	308	
全体	111	100.0

訪問栄養食事指導平均件数
(施設ごとの件数)

合計	1192.58
平均	10.84

在宅サポートに関係する職種

No. カテゴリ一名	n	%
1 医師	76	68.5
2 歯科医師	18	16.2
3 保健師	5	4.5
4 看護師・准看護師	75	67.6
5 管理栄養士・栄養士	104	93.7
6 薬剤師	32	28.8
7 臨床検査技師	4	3.6
8 歯科衛生士	15	13.5
9 理学療法士	46	41.4
10 作業療法士	22	19.8
11 言語聴覚士	33	29.7
12 社会福祉士・ソーシャルワーカー	35	31.5
13 精神保健衛生士	2	1.8
14 ホームヘルパー	32	28.8
15 医療事務	24	21.6
16 介護福祉士	21	18.9
17 臨床心理士	1	0.9
18 その他	20	18.0
無回答	1	0.9
非該当	308	
全体	111	100.0

在宅訪問栄養食事指導の連携機関

No. カテゴリ一名	n	%
1 市町村	12	10.8
2 保健所・保健センター	2	1.8
3 医療機関	79	71.2
4 訪問看護ステーション	72	64.9
5 地域包括支援センター	37	33.3
6 居宅介護支援事業所	84	75.7
7 その他	18	16.2
無回答	1	0.9
非該当	308	
全体	111	100.0

在宅訪問栄養食事指導の利用者情報

No. カテゴリ一名	n	%
1 市町村	9	8.1
2 保健所・保健センター	1	0.9
3 医療機関	82	73.9
4 訪問看護ステーション	66	59.5
5 地域包括支援センター	34	30.6
6 居宅介護支援事業所	83	74.8
7 その他	18	16.2
無回答	1	0.9
非該当	308	
全体	111	100.0

在宅訪問栄養食事指導の実施に至っていない理由

No.	カテゴリ一名	n	%
1	どこから依頼を受けていいかわからない	83	27.0
2	在宅訪問栄養食事指導となる対象者がいない	47	15.3
3	対象者ご本人、ご家族が好まない	13	4.2
4	他職種の対応で十分である	16	5.2
5	在宅訪問栄養食事指導が必要となる基準がわからない	34	11.1
6	管理栄養士のスキルが不足しているよう	46	15.0
7	その他	177	57.7
	無回答	2	0.7
	非該当	112	

今後、在宅訪問栄養食事指導の必要性

No.	カテゴリ一名	n	%
1	必要であると感じる	89	29.0
2	必要性は感じるが施設状況に より困難である	170	55.4
3	現在実施していないが実施に向け て検討中である	32	10.4
4	施設内の連携のみで十分である と感じている	9	2.9
5	その他	26	8.5
	無回答	5	1.6
	非該当	112	
	全体	307	100.0

在宅訪問栄養食事指導が困難である理由

No.	カテゴリ一名	n	%
1	施設の管理栄養士の人数が足りない	93	54.7
2	管理栄養士のスキルの不足	41	24.1
3	施設内の理解を得にくい	69	40.6
4	在宅訪問栄養食事指導を実施しても 採算がとれない	65	38.2
5	その他	33	19.4
	無回答	2	1.2
	非該当	249	
	全体	170	100.0

まとめ

○訪問栄養食事指導実施率は26.5%であり、増加傾向であるが、そのうち約60%が個別の支援(連携なし)という状況であった。
また、医師からの指示によるサポート(医師との連携)も約70%という結果であった。

➤医師との連携を推進し、保険請求まで繋げることが今後の課題として浮かび上がった

まとめ

- 訪問栄養食事指導が困難である理由で「どこから依頼を受けていいかわからない」が最も多くなっていた。
- ▶ 管理栄養士自身が依頼ルートを確保し、また保険請求の方法までを提案できるような勉強会、セミナーを継続的に実施していく必要性が示された

訪問栄養指導を実施する 管理栄養士実態調査

方法

対象者：
平成23年度から公益社団法人日本栄養士会と全国在宅訪問栄養食事指導研究会(訪栄研)における「在宅訪問管理栄養士」の認定試験事例レポートを提出した366事例を対象とした。

- 調査項目：
(1)施設分類
366事例を病院、診療所(有床・無床)、介護老人保健施設(老健)、社会福祉施設、薬局、その他
- (2)基本的属性について
在宅訪問管理栄養士の年齢、性別、経験年数、事例対象者の疾患、医師の指示、介護者、実施状況

在宅訪問を実施する 管理栄養士所属先

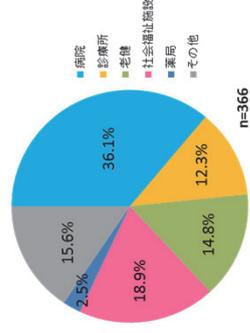


図1 在宅訪問管理栄養士 所属

施設ごとの医師からの指示

表1 施設ごとの医師からの指示

	病院	診療所	合計
病院	81.8%	18.2%	100.0%
診療所	20.0%	80.0%	100.0%
老健	46.3%	53.7%	100.0%
社会福祉施設	44.9%	55.1%	100.0%
薬局	11.1%	88.9%	100.0%
その他	33.3%	66.7%	100.0%

事例対象者の性別

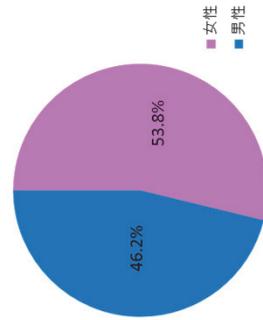


図2 事例対象者の性別

施設ごとの栄養食事指導経験年数

表2 施設ごとの栄養食事指導経験年数

	5年以上		10年以上		15年以上		20年以上		25年以上		30年以上		不明 (5年以上)	合計
	10年未満	15年未満	15年未満	20年未満	20年未満	25年未満	25年未満	30年未満	30年未満	30年未満	30年未満			
病院	18.2%	10.6%	10.6%	9.8%	7.6%	2.3%	2.3%	5.3%	46.2%	46.2%	100.0%			
診療所	22.2%	15.6%	4.4%	4.4%	4.4%	2.2%	2.2%	46.7%	100.0%	100.0%				
老健	18.5%	18.5%	1.9%	3.7%	0.0%	0.0%	57.4%	100.0%	100.0%					
社会福祉施設	20.3%	10.1%	1.4%	2.9%	1.4%	5.8%	55.0%	100.0%	100.0%					
薬局	55.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	44.4%	100.0%	100.0%						
その他	21.1%	10.5%	14.0%	7.0%	3.5%	10.5%	33.3%	100.0%						

事例対象者の年齢

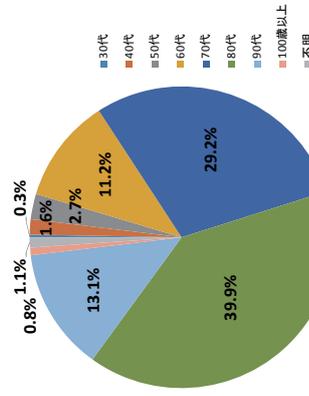


図3 事例対象者の年齢

事例対象者介護度(図)

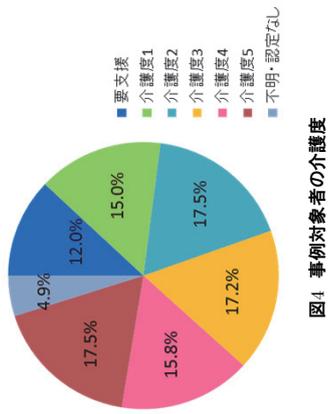


図4 事例対象者の介護度

事例対象者の介護度別の疾患

表1 事例対象者の介護度別の疾患

疾患名	要支援	介護度1	介護度2	介護度3	介護度4	介護度5	不明	合計
糖尿病	16	19	16	17	11	2	5	86
低栄養	5	8	7	10	13	13	0	56
尿失禁・嚥下障害	7	4	10	7	17	17	2	40
腎臓病	4	4	5	5	2	1	1	22
脳神経症	1	5	4	1	1	7	1	20
栄養不良	2	5	6	3	2	1	1	20
高血圧	2	2	2	1	2	4	0	13
脳梗塞	2	2	0	4	0	2	2	12
その他	2	1	3	2	1	2	1	12
透折	3	1	6	0	2	0	0	12
褥瘡	0	1	1	3	5	2	0	12
COVD	1	1	4	3	0	2	0	11
胃腸	0	0	0	2	3	5	1	11
認知症	1	1	2	1	3	2	0	10
虚血性心疾患	1	2	1	1	0	2	0	7
パーキンソン病	0	1	0	0	2	2	0	5
肝臓病	2	1	1	1	0	0	0	5
統合失調症	0	0	0	0	0	0	0	4
ターミナル期	0	0	1	1	0	2	0	4
心不全	0	0	1	1	1	1	0	4
うつ	0	0	0	1	1	1	0	3
うつ	0	0	0	1	1	0	0	2

事例対象者 要支援の疾患内訳

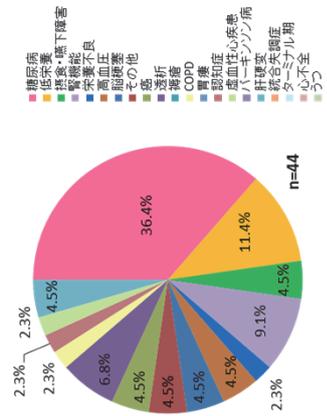


図5 要支援の疾患内訳

事例対象者 介護度1の疾患内訳

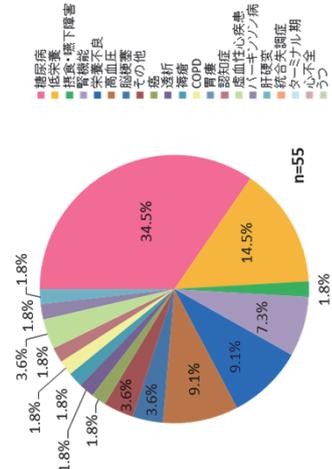


図6 介護度1の疾患内訳

事例対象者 介護度2の疾患内訳

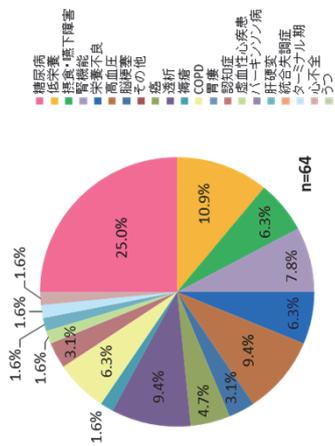


図7 介護度2の疾患内訳

事例対象者 介護度3の疾患内訳

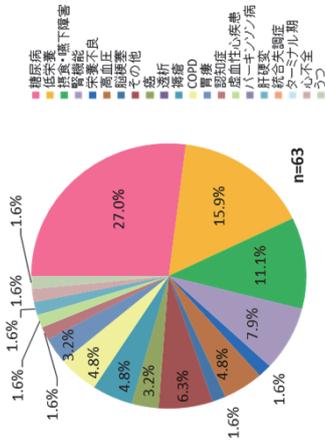


図8 介護度3の疾患内訳

事例対象者 介護度4の疾患内訳

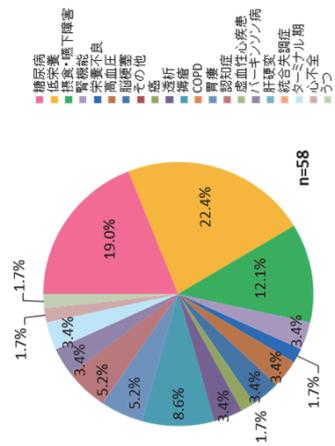


図9 介護度4の疾患内訳

事例対象者 介護度5の疾患内訳

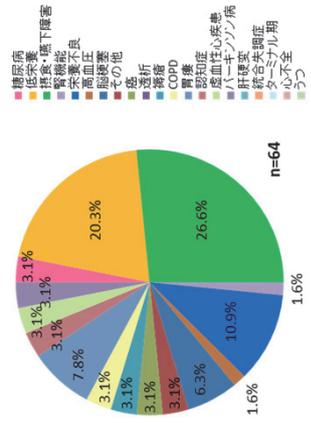


図10 介護度5の疾患内訳

主治医の指示事項 各指示項目の詳細3

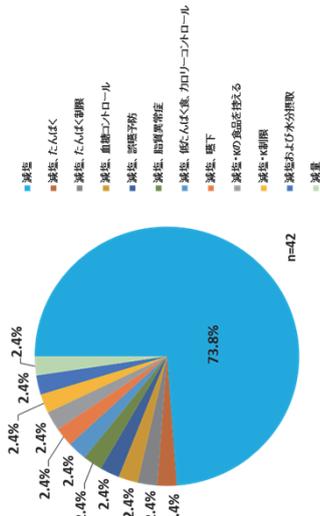


図15 減塩詳細

主治医の指示事項 各指示項目の詳細4

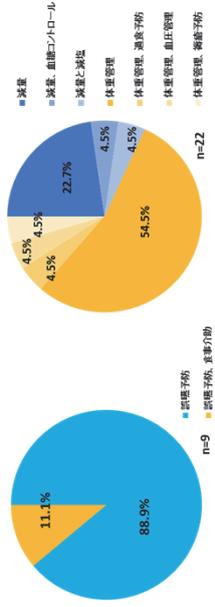


図16 低糖質予防詳細

図17 低栄養詳細

主治医の指示事項 各指示項目の詳細5

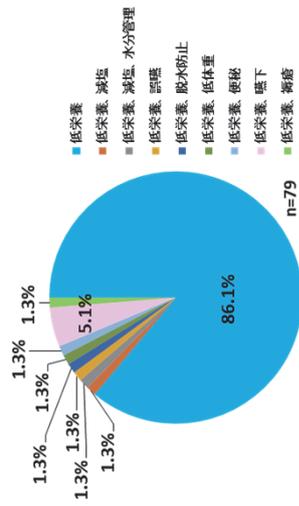


図18 体重管理詳細

主治医の指示事項 各指示項目の詳細6

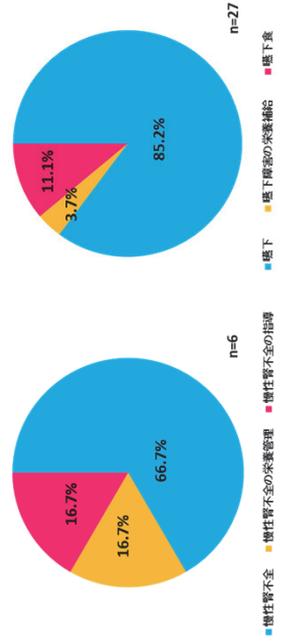


図19 慢性腎不全詳細

図20 塩下詳細

施設ごと認知症の有無

表8 施設ごとの認知症の有無

	無し	有り	合計
病院	78.6%	21.4%	100.0%
診療所	82.2%	17.8%	100.0%
老健	75.9%	24.1%	100.0%
社会福祉施設	71.0%	29.0%	100.0%
薬局	88.9%	11.1%	100.0%
その他	84.2%	15.8%	100.0%

介護者分類(病院)

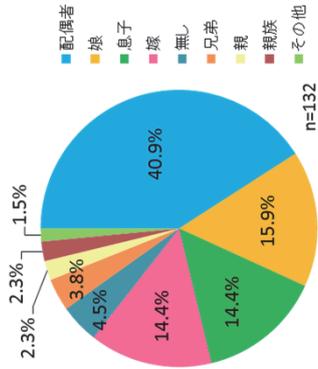


図28 病院における介護者分類

介護者分類(診療所)

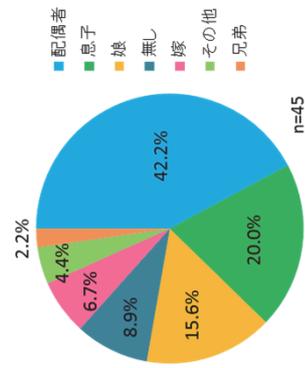


図29 診療所における介護者分類

介護者分類(老健)

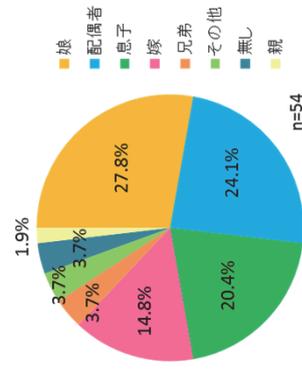


図30 老健における介護者分類

介護者分類(社会福祉施設)

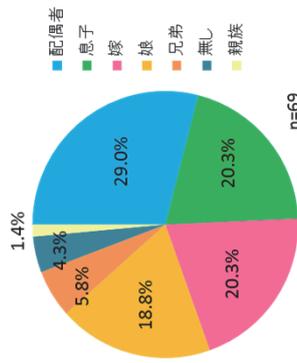


図31 社会福祉施設における介護者分類

介護者分類(薬局)

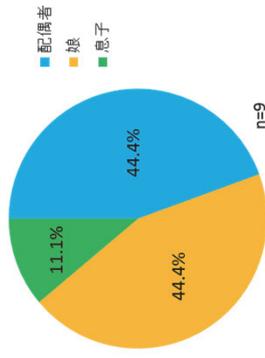


図32 薬局における介護者分類

介護者分類(その他)

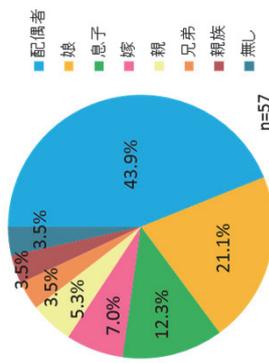


図33 その他における介護者分類

訪問栄養指導における調理技術の有無

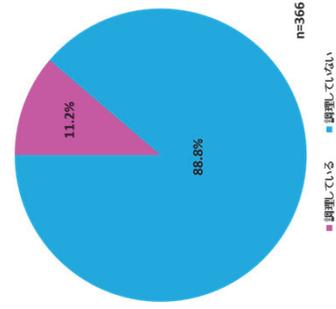


図34 調理の有無

訪問対象者の実態1

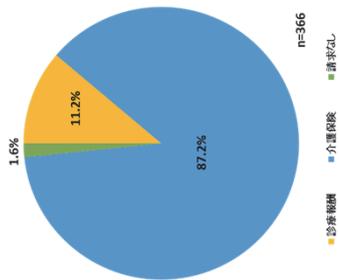


図35 訪問対象者の実態(診療報酬・介護保険・その他)

訪問対象者の実態2

表9 各利用者別の平均年齢

項目	平均年齢
診療報酬	59.9 ± 9.6
介護保険	81.3 ± 7.6
請求なし	65.8 ± 17.3

癌患者について

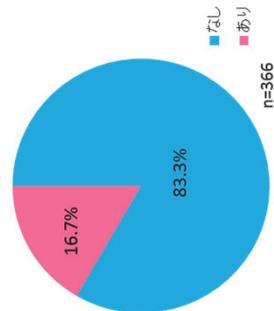


図36 平成24・25年度の事例における癌患者の有無

癌患者の癌発生部位

表10 癌患者の癌発生部位

部位	値	部位	値
耳下腺腫瘍	1 (1.6)	膀胱癌	1 (1.6)
皮膚悪性腫瘍	1 (1.6)	膵臓癌	1 (1.6)
悪性リンパ腫	4 (6.6)	胆体胆管癌	1 (1.6)
甲状腺癌	1 (1.6)	膵頭部癌	1 (1.6)
中脳腫瘍	1 (1.6)	胆管癌	1 (1.6)
食道癌	1 (1.6)	大腸癌	6 (9.8)
肺癌、胃癌	4 (6.6)	子宮体癌	1 (1.6)
肺癌、胃癌	1 (1.6)	上行結腸癌	1 (1.6)
乳癌、肺癌	4 (6.6)	子宮頸癌	1 (1.6)
乳癌、肺癌	1 (1.6)	膀胱癌	4 (6.6)
左腎癌	1 (1.6)	卵巣癌	1 (1.6)
胃癌	8 (13.1)	子宮癌	1 (1.6)
胃膵臓癌	1 (1.6)	子宮頸癌	1 (1.6)
胃平滑筋癌腫	1 (1.6)	子宮体癌	1 (1.6)
肝腫瘍	1 (1.6)	前立腺癌	5 (8.2)
肝臓癌	1 (1.6)	鼻咽癌	1 (1.6)
肝臓癌、胃癌	1 (1.6)		

値は人数(パーセント)を示す
n=61

まとめ

○事例対象者の疾患内訳は糖尿病が最も多くなっていた。しかし、介護度別の疾患内訳は異なり、**介護度1**では**糖尿病が最も多い**が、**介護度5**になると**栄養、摂食嚥下障害が最も多くなった**

▶介護度別に訪問栄養食事指導のサポート内容は異なり、予防介護も含め、それぞれの課題に対する理解と知識の向上が急務である

まとめ

○介護者分類では、すべての施設で配偶者、嫁、息子、娘といった家族がおもであった

▶現状では、家族がいる高齢者への訪問栄養食事指導が主であり、将来的に独居の高齢者が増加したとき、どのようにサポートするかが課題として浮かび上がった

V. ガイド

提供する代表的なサービス

介護保険 (自己負担は1割*)

(管理栄養士が行う) 居宅療養管理指導

同一建物居住者以外の場合 533 単位
同一建物居住者の場合 452 単位

*平成 27 年 8 月から、所得の高い方の自己負担は 2 割になります

医療保険 (自己負担は3割*)

在宅患者訪問栄養食事指導

同一建物居住者以外の場合 530 点
同一建物居住者の場合 450 点

*保険の種類によって自己負担の割合は異なります



ともに、利用者あるいは患者宅に訪問して、食事や栄養管理の方法を具体的に指導します。サービス提供には、医師による指示や「特別食」の提供が必要との判断等が必要です。介護保険の認定を受けている場合、介護保険と医療保険には給付調整があり、注意が必要です。皆様身近にこれら訪問栄養食事指導を実施する管理栄養士がいない場合、都道府県栄養士会等が設立している「栄養ケア・ステーション」(あるいは、都道府県栄養士会)にご照会ください。

お問い合わせは

 **公益社団法人 日本栄養士会**
東京都港区新橋 5-13-5 新橋ACビル6 階
電話 03-5425-6555 ホームページ <http://www.dietitian.or.jp>

平成 27 年 3 月作成
制作協力: 日本在宅栄養指導学会

ご存知ですか？

栄養管理、低栄養の改善に

管理栄養士の訪問サービス

平成 26 年度老人保健事業推進等補助金 老人保健健康増進等事業
管理栄養士による在宅高齢者の栄養管理のあり方に関する調査研究事業

地域包括ケアシステム
構築の一助として
管理栄養士の活用を
願います



フレイルへの介入や
訪問栄養食事指導等を通じて
地域の高齢者の
健康づくりに
貢献します

 **公益社団法人 日本栄養士会**

介護保険事業者の皆さん、医療関係者の皆さん、地域行政関係者の皆さん、
 私たち管理栄養士が、皆さんと協働して、地域での栄養ケア活動に貢献します
 介護保険や健康保険を使って、利用者・患者さんに必要なサービスを提供します

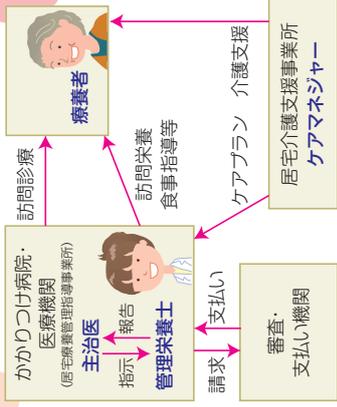


病院・クリニック勤務

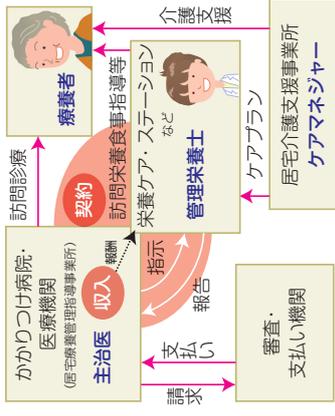
フリーランス/その他勤務

栄養ケア・ステーション勤務

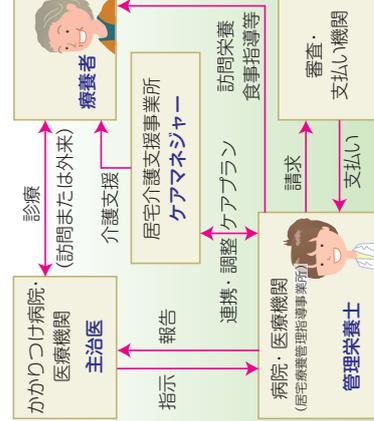
医療機関内の在宅医療チームとして訪問する場合



栄養ケア・ステーションの管理栄養士が訪問する場合



地域の居宅介護管理指導事業所として訪問する場合



管理栄養士を職員として雇用している場合は、その職員がサービスを提供しますが、
 いない場合でも、フリーランスその他の管理栄養士と個別に契約を結んでサービスを
 提供する方や、栄養ケア・ステーション*にご相談いただき、派遣の手続きを含めて
 地域活動のできる管理栄養士を紹介する方法等もあります。

* 栄養・ケアステーションとは、(公社)日本栄養士会・都道府県栄養士会等が開設する、管理栄養士が地域住民の皆へ栄養ケアを提供するサービスステーションです。場所などがわからない場合は、都道府県の栄養士会へお問い合わせください。

提供する代表的なサービス

(1回のサービスで約530円)

介護保険 (自己負担は1割*)

(管理栄養士が行う)
居宅栄養管理指導

*平成27年8月から、所得の高い方の自己負担は2割になります

(1回のサービスで約1,590円)

医療保険 (自己負担は3割*)

在宅患者訪問栄養食事指導

*保険の種類によって自己負担の割合は変わります



ともに、あなたのご自宅にお邪魔して、食事や栄養管理、料理の工夫などの方法を具体的にお伝えするサービスです。お医者さんが「病気や身体の状態に応じた食事が必要」と判断することや、介護保険、医療保険のいづれを使うかなど、細かいルールがありますので、まずは、管理栄養士のいる、お近くの病院や診療所、栄養ケア・ステーション、ケアマネジャーがいるケアプランセンターなどにご相談ください。

お問い合わせは

 **公益社団法人 日本栄養士会** 東京都港区新橋 5-1-3-5 新橋 MCV ビル6 階
電話 03-5425-6555 ホームページ <http://www.dietitian.or.jp>

平成27年3月作成
制作協力：日本在宅栄養管理学会

ご存知ですか？

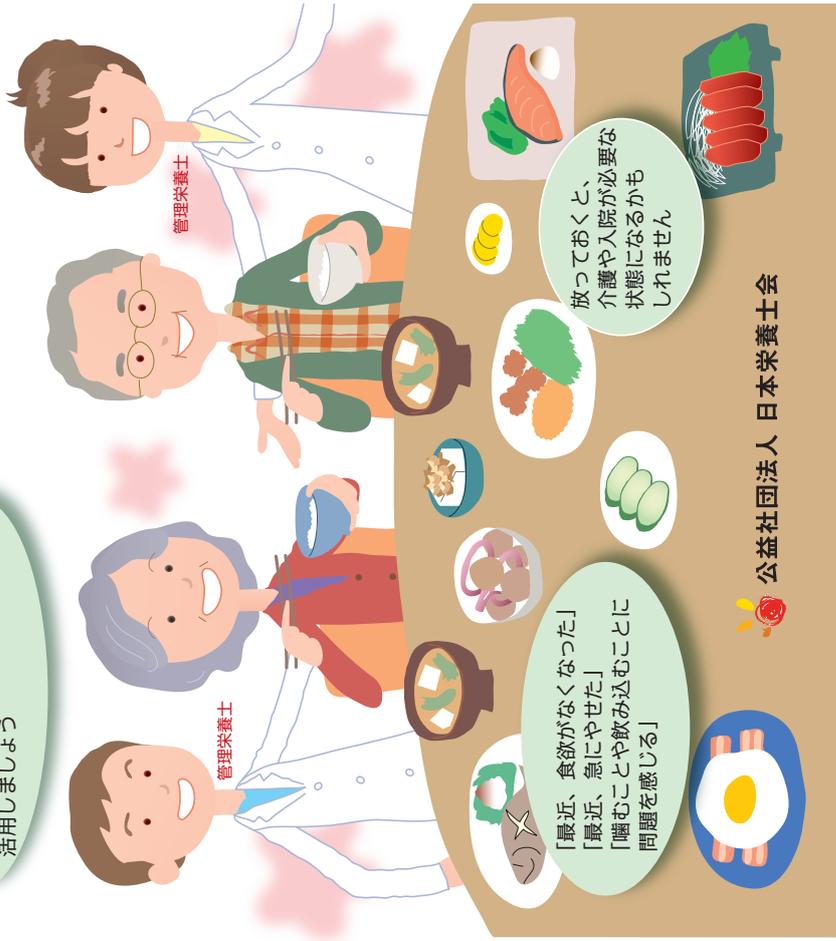
管理栄養士の訪問サービス

食事や栄養のことへの不安、
栄養状態の改善サービスを
管理栄養士が行います



いつまでも元気で暮らすために
保険が使える管理栄養士のサービスを
活用しましょう

平成26年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
管理栄養士による在宅高齢者の栄養管理のあり方に関する調査研究事業



 **公益社団法人 日本栄養士会**

高齢者やご家族の皆さん、

食事や栄養のことでお困りのときは、私たち管理栄養士にお気軽にご相談ください

介護保険や健康保険を使って、あなたに必要なサービスを提供します*1

*1 内容によっては一部、保険が使えないサービスがあります。サービス開始前のご説明申し上げます

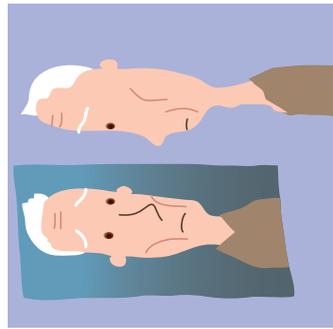
★ 食欲が出ない



★ 元気や意欲がなくなった



★ 最近急にやせた



★ 噛むことや飲み込むことに問題がある



★ 管理栄養士に相談したいことがある



私たちの連絡は、お近くの



私たち管理栄養士がいますので、お気軽にご相談ください

あるいは



病院や診療所

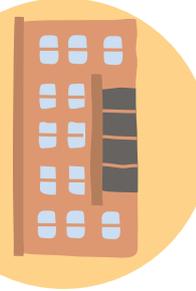
栄養ケア・ステーション*2



地域包括支援センター



居宅介護支援事業所
(ケアプランセンター)



訪問サービスを希望する場合には、まず、

- かかりつけ医に相談する
- ケアマネジャーに相談する

もしも上記で「対応できない」「わからない」と言われた場合には、地域の栄養ケア・ステーション（または都道府県の栄養士会）にお問い合わせください。

ケアマネジャーさんとおして、私たちに連絡ください



*2 栄養・ケアステーションとは、(公社)日本栄養士会・都道府県栄養士会等が開設する。管理栄養士が地域住民の皆様へ栄養ケアを提供するサービスステーションです。場所などがわからない場合は、都道府県の栄養士会へお問い合わせください。

ケースでひとくく実践上の悩み

「なかなか提案を聞いてもらえないのですが」

相手に合ったアプローチをすることが必要です。

事例1

栄養指導を受け入れてくれない ストーマ造設患者が在宅移行後、 提案を受け入れてくれたケース

管理栄養士の所属・勤務形態二介護老人保健施設：非常勤、連携クリニック勤務

○術後、短腸症候群のため栄養素の吸収は期待できないため、CVポートを造設し、中心静脈栄養法（TPN）施行となった。入院中、術後食の形態を受け入れられず、早期退院と在宅療養を希望された女性。味の好みが変わるといいう味覚変化も訴える。

○過去に受けた栄養指導が気に入らなかったことから、なかなかこちらの話を受け入れてくれない。

関わり概要

在宅療養への移行にあたり、在宅医療を行うクリニックへの紹介となった。入院中の輸液量は3,000mLだったが、在宅療養では輸液2,000mL＋経口での水分量に変更となる。

Aさんは、元来食べることが好きで、以前のように好きなものをおいしく食べたい、輸液については減らすかできればなくしたい。また、ストーマやTPNの管理にも慣れておらず、戸惑いも多かった。

以前は、お酒を飲むことが楽しみだったが、現在は飲んでいない。好きだったケーキやピザなどもまったく消化されずに排出される状態を見て食べる気が失せている。薄味の水は水っぽく感じ、好まれない。白飯も以前食べたときに腹痛を起こし食べる気にならないが、少し減らさず少量食べられる。

味覚変化への対応

味覚変化については、経口による亜鉛強化を検討した。亜鉛強化食品を取り入れるために、Aさんにサンプルを渡し購入方法（無料サンプルの依頼方法など）についても説明した。まずは無料であったことから興味を示し、結果、その商品を購入し入り購入（幸い、経済的にも余裕があった）、定期的に摂取したため味覚変化は徐々に改善した。

症例：65歳、女性

身長（実測）：158cm、体重（実測）：58.3kg

通常時体重：61kg、体重変化量（期間2か月）：-2.7kg -4%

IBW：54.9kg、BMI：23.4kg/m²、%UBW：96%

上腕周囲長：26cm、%AC：99%

上腕三頭筋皮下脂肪厚：18mm、%TSF：90%

上腕筋囲長：20.3cm、%AMC：101%

居宅の状況：夫、長女と同居

在宅サービス：訪問診療（クリニック）、訪問栄養食事指導、訪問看護

既往歴：上腸間膜動脈血栓症、皮膚筋炎、短腸症候群、上行結腸癌、肺癌、緑内障

現病歴：上腸間膜動脈閉鎖症（手術）

認知症（問題行動）：なし

ADL：寝返り・起き上がり、歩行、着衣は可

栄養補給方法：中心静脈栄養管理（TPN）。可能な限り経口摂取

排泄：ストーマ造設

口腔状態：特に問題はない

症状・病状：術後（小腸切除術）、味覚変化、下痢

要介護度等：未申請

障害老人の日常生活自立度：J1

認知症高齢者の日常生活自立度：なし

主治医への働きかけ

残存小腸が100cm以下であるため、今後も輸液による栄養補給が中心になるが、ポートが閉塞しかかっているため使用量の見直しが必要。それに伴い輸液の全体量についても検討が必要なので主治医に輸液の調整の提案を行った。主治医とは密な連携を心がけていたこともあり、忙しい状況にもかかわらず提案を受けてもらえ、脂肪製剤投与が7日/週から2日/週、中心静脈から末梢静脈へと変更になった。脂肪製剤の投与回数が減ったことで、時間的制限も軽減され、好きだった外食にも行くことが可能になった。

○この事例からどんなknowledge managementを得るか

栄養ケア計画を提示する場合、過去に拒絶していることなどから説明も拒絶する場合もありますが、その人に合ったアプローチができれば、了解を得られる場合も少なくありません。

また、医師への提案は、十分な信頼関係を構築した上で、具体的に簡潔に行うようまくいく場合が多いかもしれません。

ケースでむとく実践上の悩み

「関わりが必要な人が申し込んで来てくれないのですが」

管理栄養士自身が積極的に関わりを求めることが必要です。

事例 2

ケアマネジャーと かかりつけ医に働きかけ、 訪問栄養食事指導を行ったケース

管理栄養士の所属・勤務形態＝病院（急性期）：常勤

- ある事業所の通所介護利用者が利用を中止した理由が、頸部軟部悪性腫瘍による状態悪化との情報が入る。
- 在宅での関わりが必要と考え、まずその利用者のケアマネジャーに情報提供を求め、理解を得て、利用者のかかりつけ医につなげてもらった。その医師の指示による訪問栄養食事指導をすることになり、管理栄養士が療養者宅へ訪問して栄養指導等を行った。

関わり概要

Bさんは、頸部軟部悪性腫瘍と診断され、ターミナル期を在宅で過ごしていた。高齢でもあるため、家族は無理な延命を希望しておらず、自然な経過を望んでいた。頸部の腫瘍による圧迫で嚥下状態が悪化し、食事の量が減っていたが、好きなお酒とタバコがのめればよいと思っていた。

一方で、家族は、食欲がなくなり体重が減ってきたBさんに、少しでも嚥下しやすい食事を食べさせてあげたいという思いをもっていた。

ケアマネジャー、かかりつけ医との連携

Bさんが通所介護を利用していた事業所より情報を得た管理栄養士は、訪問栄養食事指導によって嚥下しやすい食事の指導を行うことが必要と考えた。そこで、ケアマネジャーと連絡をとり、Bさんの在宅サービスなどの情報を得た。そこから、かかりつけ医とつながり、その医師よりBさんの訪問栄養食事指導の指示を得ることになった。

嚥下しやすい食事の指導

嚥下食の指導を家族とホームヘルパーに行った。同居している長男夫婦はともに仕事をしていたため、負担の軽減のためにも、家族だけでなく、ホームヘルパーにも指導する必要があると考えた。指導では、実際に管理栄養士が家族やホームヘルパーと

症例：86歳、女性
身長（実測）：147.8cm、体重（実測）：31.0kg
通常時体重：38.5kg、体重変化量（期間7か月）：-7.5kg -19%
IBW：48kg、BMI：14.2kg/m²、%UBW：80.6%
上腕周囲長：15.3cm、%AC：60.5%
上腕三頭筋皮下脂肪厚：97mm、%TSF：60.4%
上腕筋囲長：12.3cm、%AMC：60.7%

居宅の状況：長男夫婦と同居

在宅サービス：訪問診療、訪問看護、訪問介護、訪問入浴介護

既往歴：環軸椎関節亜脱臼、気管支喘息、心房細動、心不全

現病歴：左頸部軟部悪性腫瘍

認知症（問題行動）：あり。夜中のおむつ交換時に激怒して拒否

ADL：寝返り、起き上がり、着衣、入浴、洗身は全介助。移乗は一部介助。食事はセッティングすれば自立

栄養補給方法：経口、排泄：尿量は減少している

口腔状態：痰の貯留、舌苔がみられる

症状・病状：食欲低下、嚥下障害、便秘、体重減少

要介護度等：要介護4、障害老人の日常生活自立度：C2

認知症高齢者の日常生活自立度：IIa

一緒に食事をつくるようにし、調理に対する疑問や不安を解消するように努めた。それによりBさんに嚥下食が提供されるようになり、主食の粥ゼリーなどは全量摂取されるようになった。

嚥下しやすい市販品、補助食品の紹介

主食は全量摂取できたものの、副菜の摂取量にムラがあり、必要栄養量の確保が難しかった。また家族の介護負担の軽減も考え、市販の嚥下食や補助食品を紹介した。食事の一部を補うということから、家族もこれらの受け入れには抵抗はなかった。また、水分についても、経口以外に静脈栄養との併用にて確保することにした。

○この事例からどんなknowledge managementを得るか

管理栄養士の活動は「待ち」の姿勢だけではいけません。本事例のように、自ら情報を収集し、その療養者情報から管理栄養士が行うサービスの必要性を感じたなら、その療養者に関する医療・介護関係者と話す機会を持ちかけ、自身の考えるプランを開示し、サービス提供への道筋をつけることが期待されます。管理栄養士が「待ち」の姿勢で指示を受けた業務だけを行うのであれば、それは独立した自律性のある専門職とはいえません。

ケースでひもどく実践上の悩み

「他のサービスとの連携の仕方がわからないのですが」

普段からの他事業所との情報交流が必要です。

事例3

訪問看護ステーションから 情報提供を受け、 訪問栄養食事指導につなげたケース

管理栄養士の所属・勤務形態＝クリニック（無床）：非常勤

- 日頃から付き合っている訪問看護ステーションから、麻痺があっても自力での食事摂取困難の療養者の食事について相談があった。
- 食欲低下や食事中にムセがみられること、持病に糖尿病があることから血糖コントロールの必要があるため、訪問栄養食事指導をしてほしいとの依頼を受けた。

関わり概要

Cさんは脳梗塞の後遺症による麻痺と嚥下障害があるため、自力では刻み食を口まで運べず、全介助の状態だった。また口腔残渣も多く、誤嚥のリスクも高かった。一方で妻に負担をかけないように、できれば自分で食べたいという希望をもっていた。しかし、このところ食欲低下がみられ、血糖コントロールが不良となるおそれがあったため、妻が心配し、通っていた訪問リハビリのスタッフにCさんの食事について相談をしていた。

訪問看護ステーションとの連携

依頼を受けた訪問看護ステーションとは、日頃から情報交流をしていたこともあり、信頼関係が構築されていた。そのため、訪問看護ステーションからCさんのかかりつけ医を紹介してもらい、かかりつけ医から訪問栄養食事指導の指示をスムーズに受け取ることができた。このように他事業所とのかわりを深めておくことが訪問栄養の事業を展開していくうえでは重要である。

食形態と自助具の指導

刻み食で口腔残渣が多くみられたことから、ソフト食にするなど食形態の検討を行った。また、自分で食べたいというAさんの希望に対して、先割れスプーンや90度の縁のある食器などの自助具を紹介し、使い方の指導を行った。これにより、食事中の

症例：70歳、男性

身長（実測）：166cm、体重（実測）：48.3kg

通常時体重：50kg、体重変化量（期間1か月）：-1.7kg -3.4%

IBW：60.6kg、BMI：17.5kg/m²、%UBW：96.6%

上腕周囲長：24.0cm、%AC：90%

上腕三頭筋皮下脂肪厚：8.5mm、%TSF：85%

上腕筋囲長：21.5cm、%AMC：91%

居宅の状況：妻と2人暮らし。近隣に息子夫婦

在宅サービス：訪問診療、訪問看護、訪問リハ、訪問栄養食事指導

既往歴：2型糖尿病、脳梗塞、誤嚥性肺炎

現病歴：2型糖尿病、脳梗塞後遺症（右半身麻痺）

認知症（問題行動）：なし

ADL：寝返り、起き上がり、歩行は不可。着衣、入浴、洗身は全介助。食事は一部介助（現在は全介助）

栄養補給方法：経口。糖尿病のため1,600kcalの制限

排泄：ポータブルトイレ

口腔状態：義歯。麻痺側に口腔残渣あり

症状・病状：食欲低下、咀嚼障害、嚥下障害、便秘、体重減少

要介護度等：要介護5、障害老人の日常生活自立度：B1

認知症高齢者の日常生活自立度：なし

ムセはなくなり、口腔残渣も減少した。また、ほぼ全量を自力で摂取可能となり、食べる意欲が向上した。

糖尿病食や調理方法に関する指導

妻には、糖尿病食の適正量、ソフト食やお茶ゼリーの作り方について指導した。これまで病院などからは栄養や食事ケアに関する情報が提供されておらず、それが妻の負担増となっていた。今回、簡単レシピなどを紹介することで、妻の不安も軽減したように見受けられた。病院・施設・地域との連携が不可欠と強く感じたケースである。

○この事例からどんなknowledge managementを得るか

他事業所・他職種との情報交流・意見交換の場を積極的にもつようにしなす。地域での管理栄養士の役割が認識され、必要とされるためには、受け入れられる土壌をつくっていくことも必要です。

ケースでひもどく実践上の悩み

「こちらからの情報提供ができていないのでございますが」

療養者のニーズをつかめれば、できるはずですよ。

事例 4

療養者の生活状況を勘察し、介護サービス等の追加を提案したケース

管理栄養士の所属・勤務形態＝介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）：常勤、連携クリニック兼任

- ケアマネジャーから、肺気腫で体重減少があり、嚥下機能低下のある療養者がいるという情報を得た。
- 療養者や家族が抱える問題の軽減につながるサービスを訪問時に積極的に提案していった。

関わり概要

Dさんは肺気腫、睡眠時無呼吸症候群と診断され、体重減少がみられた。利用中の通所介護から嚥下機能の低下もケアマネジャーに報告されている。緑内障による視力障害もあり、目が見えないために食べにくく、ムセることも多い。主介護者は妻で、買い物には自転車が徒歩で行っている。しかし冬は積雪により、自転車での買い物物が困難なため、栄養のあるものをDさんに食べさせたいと思っても、必要な物が買えないこともあるという。

通所リハビリやインフォーマルサービスの情報を提供

嚥下機能低下に対しては、口腔機能向上の取り組みを行っている通所リハビリを勧めたところ、Dさんはリハビリに参加し、食事前に嚥下体操を実施している。それにより嚥下機能も徐々に改善し、食事も摂取できるようになって、体重も増加傾向にある。冬の積雪のある時期の食料品の買い物に対しては、妻にスーパーの配達サービスの利用を提案した。当地のような積雪が多く、公共交通網が整っていない地域では特に季節に合わせた細かな配慮が必要で、介護事業者以外のインフォーマルなサービスに関する知識も管理栄養士に求められると考える。

「療養者に必要な食品」についてのチェック表を提示

妻はこれまでDさんの栄養・食事について十分な知識を得ていなかったため、不安

症例：71歳、男性

身長（実測）：175cm、体重（実測）：47kg
通常時体重：52kg、体重変化量（期間3か月）：-5kg -10%
IBW：67kg、BMI：15.3kg/m²、%UBW：90%
上腕周囲長：20.3cm、%AC：84%
上腕三頭筋皮下脂肪厚：5mm、%TSF：56%
上腕筋囲長：18.78cm、%AMC：84%

居宅の状況：妻と2人暮らし。娘は2人とも県外在住
在宅サービス：通所介護、通所リハ

既往歴：結核、大腸ポリープ、肺炎、腸炎、肺気腫、睡眠時無呼吸症候群、左腸骨癒着、肺炎

現病歴：肺炎、肺気腫、高血圧、褥瘡（仙骨部）、緑内障（視力障害）

認知症（問題行動）：なし

ADL：寝返り・起き上がり、着衣、入浴、食事は一部介助。歩行は独歩

栄養補給方法：経口

排泄：トイレで一部介助

口腔状態：自困。舌苔あり。口腔ケアは自立

症状・病状：食欲低下、嚥下障害、味覚変化、便秘、体重減少

要介護度等：要介護1

障害老人の日常生活自立度：A2

認知症高齢者の日常生活自立度：なし

も大きかった。そのため、療養者に必要な食品について絵でわかりやすく示したチェック表を作成し、見える場所に掲示してもらい、それを見ながら調理してもらうようにした。そのことで妻は食事づくりに自信が付き、調理意欲の向上にもつながったようである。

○この事例からどんなknowledge managementを得るか

情報を提供してもらうばかりでは真の連携とはいえません。管理栄養士からも積極的に情報提供を行いましょう。療養者の居宅に伺ってこそわかる生活の実態があります。このような事例を改善することこそ在宅訪問サービスの醍醐味といえるでしょう。

ケースでひとくく実践上の悩み

「精神疾患への対応はしないほうがいいのでしょうか？」

医療専門職として適切に対応することが必要です。

事例5

精神疾患と身体障害、 摂食嚥下障害等を併せもつ 療養者に対応したケース

管理栄養士の所属・勤務形態＝介護老人保健施設：常勤、連携クリニック兼任

○中リスクの体重減少をきたした事例。施設利用時（通所介護・短期入所療養介護）には喫食量は十分で必要栄養量が充足できているため、原因は自宅で過ごされている間の食事の不足が考えられた。

○これまでの疾患の既往による身体障害に加え、摂食嚥下障害とパニック障害があり、介護者の夫の負担も大きい。夫は高齢で、長時間の調理をすることは難しい。

関わり方の概要

Eさんは歩行困難や嚥下障害が出現しており、臥床して過ごすことが多い。介護保険サービス（通所介護・短期入所療養介護）も利用しているが、月のうち半分は自宅で過ごしていた。

このところ中リスクの体重減少と骨格筋量の減少がみられるようになった。施設の食事は十分に食べていたことから、自宅での食事量の不足が考えられた。しかし、主介護者の夫は、摂食嚥下障害に適した食事形態や食事についての知識や情報が不足しており、また高齢のため調理をすることもなかなか困難な状況だった。

栄養補助剤や調理済み食品の提案

Eさんの栄養状態の改善のためには、必要栄養量が摂取できる食事の提供が必要であるが、介護者の夫に負担がかからないようにするために、栄養補助剤（ペムパリアックタイプ）や調理済み食品を提案した。これらの利用メリットやカタログの取り寄せ、購入法について丁寧に説明することで夫の理解も得られた。

ペムパリアックタイプは施設でのリハビリの後に1本摂取しているが、Eさんは嫌がることなく、全量摂取できている。

夫には主菜に「あい〜と〜」などの調理済み食品の利用を提案したが、主菜以外にも総菜や野菜を摂るように勧めている。

症例：83歳、女性

身長（実測）：151cm、体重（実測）：43.2kg

通常時体重：46.1kg、体重変化量（期間6か月）：-2.9kg -6.3%

IBW：50.2kg、BMI：18.9kg/m²、%UBW：94%

上腕周囲長：23.0cm、%AC：96%

上腕三頭筋皮下脂肪厚：13mm、%TSF：100%

上腕筋囲長：18.9cm、%AMC：95%

居宅の状況：夫と2人暮らし。息子は県外在住

在宅サービス：通所介護、短期入所療養介護、通所リハ、福祉用具（レンタルベッド）、通院の送迎介助

既往歴：悪性症候群、てんかん、神経因性膀胱、パニック障害、両下肢閉塞性ラクナ梗塞、血栓血管炎、微小脳梗塞、頸椎症、外傷後ストレス障害（水害による）

現病歴：パニック障害

認知症（問題行動）：独語、せん妄

ADL：嚥返りは自立。起き上がり・移乗、着衣は一部介助。歩行は手引きが必要。入浴は機械浴。洗身は全介助。食事はセットすれば自立

栄養補給方法：経口

排泄：パルーンカテーテル留置

口腔状態：義歯なし

症状・病状：咀嚼障害、嚥下障害、体重減少

要介護度等：要介護4

障害老人の日常生活自立度：B2

認知症高齢者の日常生活自立度：IIIa

トロミ剤の使用方法的説明

ムセ込みがあるときには、水分に0.5%のトロミをつけるように説明した。トロミ剤の使い方については、使用する食器、コップ、スプーンを決め、実際に一緒につくって量なども確認していった。

Eさんは時々、ムセ込みがみられるが、0.5%のトロミで対応できている。

○この事例からどんなknowledge managementを得るか

療養者に精神疾患・身体障害があっても、関係者と協力して管理栄養士として必要は業務をこなせる力をもつ必要があります。在宅での活動では、事前に予測し得なかった事態が発生することがありますが、ケアマネジャー等、関係職種と連携してチームとして対応していくことが望まれます。

ケースでひもどく実践上の悩み

「後期高齢者はすべて介護保険によるサービスになりますか？」

介護保険を申請していない例では高齢でも医療保険の利用となります。

事例6

老化による 心身能力の減衰が 著しい医療保険利用者のケース

管理栄養士の所属・勤務形態＝病院（療養型）：常勤

- 脳梗塞後遺症による嚥下障害のために誤嚥性肺炎を発症した。ADLは全介助、低栄養状態で褥瘡のリスクも高い。
- もともと一人暮らしだったが、現在は長女夫婦と同居している。介護は長女、次女、長女の夫が分担し、生活全般の介護ができており、また精神的負担もない。本人は苦しい思いはしたくないと思っており、家族は誤嚥性肺炎に陥らないように安全な食事を食べさせたいという希望をもっている。

関わり方の概要

Fさんは咀嚼機能の低下と嚥下障害があり、気分によって食量にもムラがあったため、必要な栄養量が確保できていなかった。
高齢のFさんの介護に対して、家族は他者に頼らずに自分たちで行いたいという意向が強く、外部のサービスを導入するのが難しい状況だった。また、本人は年金暮らしのため、経済的な余裕もあまりなく、エアマットや補助食品の購入も難しかった。

お茶ゼリーの調理・摂取方法の指導

飲みやすいトロミ剤を家族とともに選択し、一緒にトロミ剤を使ってお茶ゼリーを作った。またお茶ゼリーによる交互嚥下を管理栄養士等が指導した。それによりFさんは、食事中にお茶ゼリーを交互嚥下できるようになり、苦慮なく水分摂取ができるようになった。また食後の口腔・咽頭残渣もなく、クリアランスも良好であった。

1日に必要な栄養量の説明

家族に対して、1日に必要な栄養量の説明を行い、食べやすい献立についても具体的に提案した。これによってFさんの食事摂取量のムラが減った。また、家族にも具体的な献立を紹介したことで、調理に取り組みやすくなった。このことは家族の「自分たちで介護したい」という意向の尊重につながったと考える。

症例：90歳、女性
身長（推定）：130cm、体重（推定）：30kg
通常時体重：32kg、体重変化量（期間6か月）：-2kg -6.7%
IBW：37.2kg、BMI：17.8kg/m²、%UBW：93.8%
上腕周囲長：16cm、%AC：70%
上腕三頭筋皮下脂肪厚：12mm、%TSF：120%
上腕筋囲長：12.2cm、%AMC：64%
居宅の状況：長女夫婦と同居
在宅サービス：訪問診療、訪問看護
既往歴：脳梗塞、てんかん、大腿骨頸部骨折
現病歴：誤嚥性肺炎、嚥下障害
認知（問題行動）：入院中は嘔みつく、暴れる、食事を吹き出すなどの問題行動あり。現在は落ち着いている
ADL：全介助
栄養補給方法：経口
排泄：おむつ
口腔状態：自歯の欠損により咀嚼力が弱い
症状・病状：嚥下障害、食欲にムラがある
要介護度等：未申請
障害老人の日常生活自立度：C2
認知症高齢者の日常生活自立度：IV

他職種との積極的な連携

家族の「他人の手を借りずに家族だけでみていきたい」という意向を支えるためにも、必要な情報提供と支援を行っていくことの重要性を感じていた。そこで、かかりつけ医と訪問看護の看護師、管理栄養士で密に情報交換を行い、情報を共有することに努めた。それにより、自信をもって適切な説明をすることができ、療養者・家族との信頼関係の構築につなげることができた。

○この事例からどんなknowledge managementを得るか

高齢で心身の状態が悪い場合には、医療保険の活用がより便利なお金と引き換えに、在宅で共働する医師や看護師などの十分な連携とリスクマネジメントを心がけよう。

ケースでひもどく実践上の悩み

「本人・家族が望んでも無理をしないほうがいいのでしょうか？」

できるだけ本人・家族の希望に沿う支援を行うことが必要です。

事例7

夫婦2人暮らしだが、月に1~2週間程度、独居となる女性に対応したケース

管理栄養士の所属・勤務形態＝病院（回復期リハ病棟）：常勤

- 病院での退院調整の際に、病棟チームスタッフ（回復期リハ病棟）より、栄養サポートの要望があった。介護者（夫）にサービス内容の説明をしたところ、希望があったため、ケアマネジャーに報告し、かかりつけ医より依頼を受けた。
- 療養者は要介護5で、嚥下障害がある。主介護者の夫は、月に2週間程度海外出張で家を留守にしており、また調理経験もまったくないという。このような状況下で、栄養状態の低下なく、在宅生活を継続できるような支援をしていく必要があった。

関わり方の概要

Gさんは脳卒中の後遺症として、嚥下障害、片麻痺、失語症がみられ、栄養スクリーンングでは中リスク、皮膚も脆弱で30分の座位で発赤が生じる状態だった。入院中に胃瘻を造設したが、現在は経口で食事を摂取している。

夫との2人暮らしであるが、夫は月に2週間ほど海外出張で家におらず、その間は短期入所療養介護などを利用している。夫が家にいるときには、夫が介護しているが、調理経験がまったくないため、嚥下障害のあるGさんの食事をつくることに苦慮していた。

市販の介護食の選択と購入方法を指導

Gさんは認識のリスクがあるため、食事は嚥下食（全粥・刻み・トロミ食）にする必要があった。しかし、夫に調理経験がないこと、また、2週間程度独居生活となることから、本来、介護施設等への入所も考慮すべきところだが、本人・夫は在宅生活を強く望んでいた。そこで、市販の介護食を取り入れることを勧め、食材の選択や購入方法などについて具体的なアドバイスを行った。現在では、問題なく市販品の購入・利用ができるようになっている。

トロミ剤の使用法、ゼリーの作り方を指導

配合（刻み食）にトロミを付ける方法や、水分を摂るためのゼリーの作り方などを

症例：63歳、女性

身長（実測）：153cm、体重（実測）：55kg

通常時体重：66kg、体重変化量（期間4か月）：-11kg -17%

IBW：51.5kg、BMI：23.5kg/m²、%UBW：83%

上腕周囲長：28cm、%AC：106%

上腕三頭筋皮下脂肪厚：18mm、%TSF：114%

上腕筋囲長：22.3cm、%AMC：107%、居宅の状況：夫と2人暮らし

在宅サービス：訪問診療、訪問歯科診療、短期入所療養介護、訪問リハ、訪問介護、訪問栄養食事指導、通所介護、訪問看護

既往歴：高血圧、右被殻出血、現病歴：左被殻出血、右片麻痺、失語症、構音障害、嚥下障害、高次脳機能障害、胃瘻造設

認知症（問題行動）：中核症状（短期記憶問題あり、意思決定困難）。周辺症状なし
ADL：全介助

栄養補給方法：経口。発症後、胃瘻造設し、経管栄養だったが、経口摂取へ移行

排泄：おむつ、口腔状態：自菌

症状・病状：咀嚼障害、嚥下障害、便秘、要介護度等：要介護5

障害老人の日常生活自立度：C2、認知症高齢者の日常生活自立度：IIIb、

夫に指導した。また、一口量の調整、食事介助に使用する食器やスプーンの購入、ムセたときの対処方法などについてもアドバイスした。

Gさんは、夫の食事介助により誤嚥なく経過しており、経口栄養で在宅生活を継続できる見通しが立つたと考えられる。

多職種との連携

必要栄養量の摂取と尿路感染・褥瘡予防のために、在宅チームで多職種と情報を共有し、連携してケア・支援を行った。食事・水分摂取量の記録とチェック（夫、通所介護、短期入所療養介護）、座位での食事介助時の配慮（通所介護、短期入所療養介護）、皮膚の清潔（訪問看護、短期入所療養介護）、食事づくり：栄養評価（栄養士）などを1冊の同じノートに記録することで、在宅チームが情報共有できるようにした。それにより、臀部に発赤ができたときにも、訪問介護のスタッフから連絡が入り、管理栄養士が食事内容を変更、皮膚状態を改善することができた。

○この事例からどんなknowledge managementを得るか

月に1~2週間の独居期間があって困ったと考えるのではなく、月のうち半分に濃厚なサービスを提供すればよいと考えられることも可能です。このような事例をいかに在宅で対応できるかがまさに地域包括ケアシステム実現の成否につながるといえるでしょう。

ケースでひどく実践上の悩み

「ケアハウスなどへのサービス提供は可能でしょうか？」

可能です。制度をよく知ることが居宅サービス提供者として求められます。

事例 8

ケアハウス入居者で 糖尿病コントロールが 必要だったケース

管理栄養士の所属・勤務形態＝介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）：常勤、連携クリニック兼任

- ケアハウスに入居している糖尿病患者の栄養管理をしてほしいという依頼がケアマネジャーよりあった。
- かかりつけ医からは、1,360kcalの糖尿病食の指示があり、食事は全量摂取している。ほかに週1回施設内で買える日にご好物のバナナ、カステラ、まんじゅうなどを購入している。近頃は腰痛の訴えがあり、廃用気味で、1日中ベッド上で過ごされることも多く、筋肉低下や両下肢関節拘縮の進行がみられる。そのため、血糖コントロールと活動量を増やす関わりが必要と考えた。

関わり の概要

Hさんはこのところ体重増加がみられ、摂取エネルギーも過多であった。血糖の上昇は活動量の低下と間食の増量によるものと考えられた。また、食べるスピードが速く、食事に満足感が得られていなかった。普段の生活では、居室でテレビを見ながら横になっていることが多く、つい間食を多く摂りすぎてしまっている。

食物繊維の含有量に配慮した献立作成

摂取エネルギーを減らすために野菜やきのこ、海藻、食物繊維などを多く含む献立を作成した。また、食事を一緒に摂る機会をつくり、ゆっくり食べさせることを実践し、習慣付けられるようにした。さらに食べる順番なども意識してもらった。それによりKさんからは、満腹感には今一歩だが、満足感が感じられるようになったといった言葉が聞かれるようになり、減量に向けた意欲の改善がみられた。

歩数計の使用により運動を促す

Hさんには歩数計を携帯してもらい、1日の歩行の状況を記録してもらった。数値で表れるということが、Hさんにとって大変に励みになったようである。当初は歩数計がカウントしないくらい歩行がおぼつかないことがあったが、徐々に足取りがしっかりし、背筋が伸びてきた。介護スタッフからも「こっそり食べていた間食もセーブし

症例：75歳、男性

身長（実測）：163cm、体重（実測）：67kg
通常時体重：63kg、体重変化量（期間4か月）：4kg 6.3%
IBW：58.5kg、BMI：25.2kg/m²、%UBW：106.3%
上腕周囲長：25cm、%AC：95%
上腕三頭筋皮下脂肪厚：15mm、%TSF：162%
上腕筋囲長：20.3cm、%AMC：89%
上腕筋面積：32.8cm²、%AMA：79%
居宅の状況：ケアハウスに入居中、独居
在宅サービス：訪問介護、訪問看護、通所介護、移送サービス
既往歴：アルコール性肝障害、肺炎、高血圧、糖尿病
現病歴：2型糖尿病、腰痛、膝関節痛
認知症（問題行動）：なし
ADL：寝返り、起き上がり、歩行はつかまれば可。着衣、洗身、食事は自立。入浴は通所介護にて実施
栄養補給方法：経口
排泄：自立
口腔状態：自歯の欠損あり。義歯なし
症状・病状：体重増加、腰痛、膝関節痛
要介護度等：要介護2
認知症高齢者の日常生活自立度：A2

ている様子。こんなにもやる気になるとは……」という驚きの声が聞かれた。

在宅サービス担当者との連携

関わりのあるサービス担当者や情報や取り組み内容を共有し、本人への共感や励ましなどについて協力を依頼した。

今回の訪問栄養食事指導では、食事の食べ方と間食の選び方、量の加減という内容にとどめてストレスがあまりかからないようにした。しかしこの先、油断して早食いになったり、間食を買いすぎたりと逆戻りするとも考えられる。今後関係する担当者との連携を深め、定期的な関わりを継続できるような働きかけが必要と考える。

○この事例からどんな知識管理を得るか

ケアハウスや有料老人ホームなどは、介護保険上、特定施設と位置づけられ、在宅サービスの提供が可能です。このような特定施設等では、施設のスタッフとの連携も心掛けましょう。

ケースでひもどく実践上の悩み

「在宅では食形態への対応がうまくいかないのですが」

→ 市販品等の活用により、十分に対応は可能です。

事例9

認知症症状が顕著で、誤嚥性肺炎を繰り返す療養者への訪問栄養食事指導

管理栄養士の所属・勤務形態＝調剤薬局：常勤、クリニック：契約

- 誤嚥性肺炎により入院退院を繰り返している療養者の訪問栄養食事指導の依頼が、訪問診療医からケアマネジャーを通してあった。
- 嚥下機能低下や体調不良により食事摂取量の確保が困難な状況だったが、家族は「口から食べさせたい」という強い希望をもっている。栄養改善と誤嚥性肺炎の予防のための食事の指導を行うことになった。

関わりの概要

さんは、脳梗塞後症候性てんかんのため意思疎通が困難で、ADLも全介助の状態だった。主な介助者である妻は、細やかな介護を実施していたが、時間的な余裕がなく、負担が増してきたこと、さらに、もともと料理が得意ではなく、嚥下機能に合った食形態の調整（調理）の知識・技術などが不足していることに不安を抱えていた。

トロミ剤の使い方を指導

嚥下機能に合わせた食形態の調整のために、トロミ剤の使い方について、妻に指導した。実際にトロミ剤を使った料理を、調理実習の形で一緒につくっていった。最初は、自分が料理が苦手であることを隠そうとするなどして、円滑な実施ができなかったが、「女性だからといって料理がみんが得意なわけではないですよ」というような話しかけをすることで、コミュニケーションが活発化し、「できることだけだから、しっかりとやっていきましょう」とのコンセンサスを得ることができてからは、順調に指導を行うことができた。

栄養補助食品を活用した献立を提案

必要な栄養素量の確保のために、栄養補助食品の導入を勧め、食品の選択や購入方法について丁寧に指導していった。また製品の紹介だけでなく、調理方法（家族の食事に近い形でできるもの）や味付けのバリエーションのある献立の提案もした。この

症例：74歳、男性
身長（実測）：161cm、体重（実測）：49kg
通常時体重：54kg、体重変化量（期間3か月）：-5kg -9.3%
IBW：57kg、BMI：18.9kg/m²、%UBW：91%
上腕周囲長：23cm、%AC：86%
上腕三頭筋皮下脂肪厚：8mm、%TSF：74%
上腕筋囲長：20.5cm、%AMC：88%
居宅の状況：妻と甥と同居
在宅サービス：訪問診療、訪問歯科診療、訪問看護、訪問リハ、訪問介護、通所介護
既往歴：くも膜下出血、失語症、てんかん、高次脳機能障害、脳梗塞、大腿骨頸部骨折
現病歴：脳梗塞後遺症、てんかん、前立腺肥大、総胆管結石（疑い）
認知（問題行動）：高次脳機能障害。問題行動はなし
ADL：全介助、栄養補給方法：経口（ミキサー食）
排泄：おむつ（全介助）
口腔状態：自歯の欠損・食物残渣あり
症状・病状：嚥下障害
要介護度等：要介護5
障害老人の日常生活自立度：C2
認知症高齢者の日常生活自立度：IV

ような指導は、家族の「口から食べさせたい」という意向を支える関わりとして、重要なものだと考える。

その後、おむね適切な食形態で、必要な栄養素量を確認できるようになり、さんの体調は安定し、誤嚥性肺炎も起こさなくなった。

○この事例からどんなknowledge managementを得るか

食形態の工夫により、経口摂取を継続しながら誤嚥を予防することができます。最近では市販の介護食も数多く出回っていますが、どのような商品が出ているか、日頃から情報収集に努めることが重要です。また、サービス担当者会議に参加することで、チームにおける訪問栄養食事指導の内容を理解してもらえます。

ケースでひもどく実践上の悩み

「家族の介護力が弱く、困っているのですが」

家族の介護力向上への支援を検討しましょう。

事例10

家族の介護力の強化により、在宅生活を継続することができたケース

管理栄養士の所属・勤務形態＝病院（急性期）：常勤

- 入院中、誤嚥リスクから食形態が変更となつたことに対して、主介護者（妻）が病院の主治医と管理栄養士に不安を訴えたことが、退院後の訪問栄養食事指導の依頼につながった。
- 療養者は、慢性閉塞性肺疾患と繰り返す誤嚥性肺炎によって体重低下と栄養状態の悪化がみられた。介護は妻がほぼ1人で行っており、その負担は大きくなつていた。妻は嚥下食の調理・調理器具に関する知識や経験が少くないこと、療養者の病態に関する理解が乏しいことなどに対して不安を抱えていた。そのためこれらの不安を解消し、介護力を高めるための関わりが必要と考へた。

関わり概要

Jさんは肺炎を繰り返し、中程度の栄養障害がある。咀嚼・嚥下に障害があるが、食形態を調整することで経口摂取が可能であった。

そのため訪問栄養食事指導では、食形態の選択と介護者の介護力向上への働きかけを行った。

嚥下機能に即した食形態の紹介と作り方の指導

療養者の嗜好にも配慮したムース食の調整について、実際に妻と一緒に食事をつくりながら指導した。ミキサーやフードプロセッサなどの調理器具の使用経験が少なかったため、それらの使い方についても丁寧に説明していった。これらが使用できることは、「できるだけ簡単に食事がつくれて……」という妻の希望に沿うことにもつながると考へた。

介護者が主婦であったことから、増粘剤の使用や食形態の調整に関する技術習得はスムーズに進んだ。

通所介護スタッフとの連携

Jさんの機能向上のために、通所介護スタッフと連携し、嚥下訓練やADL向上のための全身のリハビリを行ってもらうことにした。通所介護スタッフとは、先方の都合

症例：80歳、男性

身長（推定）：155cm、体重（実測）：34kg

通常時体重：36kg、体重変化量（期間6か月）：-2kg -5.6%

IBW：52.9kg、BMI：14.2kg/m²、%UBW：94.4%

上腕周囲長：18.1cm、%AC：72.4%

上腕三頭筋皮下脂肪厚：2mm、%TSF：20.0%

上腕筋囲長：11.8cm、%AMC：54.1%

居宅の状況：妻と2人暮らし。市内に長女が在住

在宅サービス：通所介護

既往歴：肺結核、胃潰瘍、脳出血、白内障、高血圧、**現病歴**：誤嚥性肺炎

認知症（問題行動）：軽度の認知機能障害。夜間に大声を出すなどの問題行動あり

ADL：嚥下り、起き上がり、着衣、入浴、食事は部分介助。歩行は手すりがあれば可。洗身は全介助

栄養補給方法：経口、**排泄**：バルーンカテーテル留置。おむつ

口腔状態：自歯はなし。義歯を長期間装着していない

症状・病状：食欲低下、咀嚼障害、嚥下障害、体重減少

要介護度等：要介護3、**障害老人の日常生活自立度**：B1

認知症高齢者の日常生活自立度：IIa

で直接話せる機会がなかなか作れなかったため、Jさんの状態を把握してもらうための情報提供書などを郵送するなどし、先方の理解の促進に努めた。

家族の介護力強化に向けた取り組み

介護はほぼ妻が1人で行っている状況だったため、負担の軽減と、家族の介護力の強化を図るため、初回訪問時に、訪問看護師でもある長女と面談し、協力を依頼した。それにより妻の負担軽減を期待したが、実は、その後も妻が1人で介護している状況は変わらなかった。しかし、妻を勇気づけ、「怠りしないような介護」を勧めることで、妻をエンパワーメントすることができた。状況はあまり変わらないものの、彼女のストレスを軽減しつつ、効率的な介護の実践を実現することができたと考えている。ただし、本来的な希望である、家族の協力や理解を得ることができなかったため、家族調整の難しさを痛感した事例でもある。

○この事例からどんなknowledge managementを得るか

私たち管理栄養士などの専門職は、常時、療養者の居宅で見守ることはできません。在宅では療養者を介護する家族の協力をいかにして得るかが課題になります。家族の介護力の強化を支援することも在宅サービスを行う私たち専門職の役割ともいえます。

ケースでひもどく実践上の悩み

「家庭環境が複雑でキーパーソンがわからないのですか」

キーパーソンがいないければ「つくり出す」視点も必要です。

事例11

グループホーム入居者で、 複雑な家庭環境にある 認知症・糖尿病をもつ療養者に対応したケース

管理栄養士の所属・勤務形態＝クリニック（無床、有料老人ホーム・グループホーム併設）：常勤

○クリニックに併設されているグループホーム管理者から、入居者の訪問栄養食事指導について問い合わせがあった。クリニックの管理栄養士がカルテの内容を確認し、訪問診療医につなぎ、指示を受けて食事指導を開始することになった。

○たひ重なる結婚歴、うつ病（60歳のときに発症）などで、療養者は精神的に不安定な時期を過ごした。子ども（再々婚相手の息子）とは同居（ただし「離れ」で生活）していたが、転倒による入院後に認知症と診断され入院。糖尿病にも罹患していた。退院後、いくつかの施設で過ごされ、今回、自宅の近くにグループホームが新設されたことで、嫁（再々婚相手の息子の嫁）の申し込みにより入居となった。

関わり概要

糖尿病に対しては、前施設で薬の処方がされていたが改善しなかった。そのため、糖尿病の悪化を防ぐ関わりが必要と考えられた。

しかしKさんは、以前、糖尿病の教育入院をしたことがあるので、糖尿病食については理解できている、自己管理できていると思っ込んでいた。そのため介護職員がつくる食事を信用せず、喫食量を自ら調整し、残すということが多かった。

家族は自営業をしているが、息子が障害者となったため、母親の介護は引き受けられない状況。グループホームでの生活となった。

頻回に訪問し、信頼関係を構築

毎月の訪問以外にも（たとえば、他の訪問の往復の際など）、頻回に居宅やグループホームに立ち寄るなどし、日々の不安や自身の食事観などについて、傾聴するようにした。Kさんは身体や食事に対する不安や悩みが突発的に生じることがあるため、介護スタッフに管理栄養士の連絡先（携帯番号）を伝え、密に情報提供の連絡をもらうようにした。このような関わりを続けることで、Kさんとの信頼関係が徐々に構築され、その後の継続的な指導に対しても同意を得られるようになった。

このようにKさんと信頼関係ができたことで、上記の嫁ともKさんの介護について話し合う機会が増え、家族側のキーパーソンとして位置づけられるまでになった。

症例：83歳、女性

身長（実測）：150cm、体重（実測）：60kg

通常時体重：60kg、体重変化量（期間6か月）：0kg 0%

IBW：49.5kg、BMI：26.7kg/m²、%UBW：113.2%

上腕周囲長：—、%AC：—

上腕三頭筋皮下脂肪厚：—、%TSF：—（—：本人拒否により計測なし）

上腕筋囲長：—、%AMC：—

居宅（グループホーム入居前）の状況：再々婚相手の息子夫婦と同居（別棟）

キーパーソン：息子の嫁

在宅サービス：訪問診療、訪問栄養食事指導、訪問看護

既往歴：うつ病、高血圧、緑内障、腰椎圧迫骨折

現病歴：糖尿病、アルツハイマー型認知症、骨粗鬆症

認知症（問題行動）：中等度あり。意思疎通が時々できない、簡単な動作をするともわからない。見当識障害。もの盗られ妄想あり

ADL：寝返りは不可、起き上がりはつかまれば可、移乗は全介助、歩行は車椅子、着衣、洗身は一部介助。入浴はシャワー浴。食事はエネルギーコントロール食、食事は自立

栄養補給方法：経口、排泄：おむつ。ポータブルトイレで一部介助

口腔状態：義歯（不具合あり）、症状・病状：食欲低下、腹部膨満感、便秘

要介護度等：要介護4、障害老人の日常生活自立度：B2

認知症高齢者の日常生活自立度：IIa

介護職との連携

糖尿病の血糖コントロールに必要な活動や制限について、グループホームの介護スタッフとの連携を図った。具体的には、腹部、背部の筋力アップや便秘解消を目的としたヨガ呼吸法をKさんと一緒に習得してもらい、介護スタッフが粗む献立を毎週添削し助言する、面会者による持ち込みの飲食物をいったん介護職が預かることを徹底してもらおうといったことがあげられる。これによりKさんの肥満は是正し、歩行も徐々にできるようになった。おむつも普通のパンツに変更となり、自力での排泄が可能となった。

○この事例からどんなknowledge managementを得るか

在宅での活動は、おのずと家族関係の調整にもつながっていく側面があります。在宅の現場では、ときに専門職能以外の働きを要求されることがありますが、多職種協働のメリットを活かして、チーム全体で課題解決を図っていくことが重要です。また、グループホームは特定施設と位置づけられているため、居宅サービスの提供が可能です。

ケースでむとく実践上の悩み

「COPD患者の対応にはいつも苦慮させられるのですが」

これからの栄養管理でCOPDは避けて通れない課題です。

事例12

加齢と慢性閉塞性肺疾患(COPD)により 低栄養をきたしたケース

管理栄養士の所属・勤務形態＝クリニック（無床）：常勤

- 療養者は、COPDと食欲不振により低体重に陥っている。かかりつけ医から、現在の栄養評価と呼吸困難の症状改善のための指導をしてほしいと管理栄養士に依頼があった。
- 本人も家族も在宅での生活を希望しているが、介護者の娘は日中、仕事で不在にしているため、介護力は弱い。今後、在宅での療養を継続していくためには、療養者と介護者に食事管理の指導が必要と考えた。

関わり概要

しさんは、ベッド上以外での生活は難しく、日中はほとんど臥床にて過ごしている。食事も自分では調理できず、用意してもらわなければ食べられない状況だった。また、しさんは自己判断で眠剤を夜中に服薬し、明け方5時に就寝、10時に起床という生活をしており、娘と生活時間がずれているために、娘が食事を提供することも難しくなっていた。そのため朝食が摂れず、1日2回の食事となっていた。娘は、自宅で生活させてあげたいが、食事で何を食べさせたらよいかかわからないと、不安を抱いていた。

少量で高カロリーが摂れる食事、タンパク質・脂質が摂れるメニューの提案
COPDであることから、呼吸器に配慮した食事内容にすることが必要であった。BMIやBWなどからも食事摂取量の不足は明らかで、特にタンパク質・脂質の不足が顕著であった。そこで、しさんと娘に、COPDの食事管理の重要性を説明し、少量で高カロリーが取れる食事、タンパク質・脂質が摂れるメニューを提案した。娘の負担を軽減するために、市販のレトルト食品も紹介した。それにより、これまではおかげしか食べられなかったが、うどんやカレーライスなども食べられるようになり、メニューの幅が広がった。体重も半年で2kg増加した。

補食の提案、栄養補助食品・濃厚流動食の紹介

エネルギー補給量を増やすために、補食を摂ること、栄養補助食品・濃厚流動食を

症例：82歳、女性

身長（実測）：131cm、体重：26kg

通常時体重：28kg、体重変化量（期間6か月）：-2kg -7%

IBW：37.8kg、BMI：15.2kg/m²、%UBW：93%

上腕周囲長：16cm、%AC：67%

上腕三頭筋皮下脂肪厚：4mm、%TSF：31%

上腕筋囲長：14.7cm、%AMC：74%

居宅の状況：娘とその子どもたちと同居

在宅サービス：訪問診療、訪問リハ、訪問歯科診療、訪問薬剤指導、訪問看護、訪問栄養食事指導

既往歴：慢性呼吸不全、気管支喘息、肺炎腫

現病歴：慢性B型肝炎、高血圧、脂質異常症

認知（問題行動）：なし

ADL：寝返り、起き上がり・移乗、食事は自立。歩行はベッド周辺のみ可。着衣

は一部介助。入浴、洗身は不可

栄養補給方法：経口、排泄：ポータブルトイレ（介助）

口腔状態：義歯あり

症状・病状：食欲低下、体重減少、COPDによる呼吸困難

要介護度等：要介護2、障害老人の日常生活自立度：C1

認知症高齢者の日常生活自立度：IIb

取り入れることを提案した。

在宅サービス担当者との連携

しさんは多くの在宅サービスを利用していため、サービス提供担当者に働きかけ、サービス担当者会議の場で協力を促した。具体的には、食事記録をつけてもらい、食事摂取状況がしさん・娘・他の担当者にもわかるようにする、眠剤の服用時間をチェックしてもらい（訪問看護師）、食べる姿勢（テーブルの位置・高さ）の調整、食べることに対して声かけをしてもらう等に取り組んでもらうように依頼した。それにより、介護力の弱い家族の力だけでは中々できなかった在宅での療養生活が成り立つようになった。また、多職種から声をかけてもらうことにより、しさんの食事に対しての意識も変化がみられるようになった。

○この事例からどんなknowledge managementを得るか

COPD患者への対応はこれから増加することが予想されます。COPDと加齢による身体能力低下は、食不振を増強する可能性があります。COPD患者の食事の工夫は、管理栄養士としての専門的な対応が必要となります。

ケースでひもどく実践上の悩み

「歯科関係者との連携はできないと言われたのですが」

連携システムの構築ができれば、スムーズな連携も可能です。

事例13

連携システムの構築により 歯科関係者との連携による 地域活動を実践したケース

管理栄養士の所属・勤務形態＝栄養ケア・ステーション：契約

- (公社)静岡県栄養士会では、歯科医療関係者との連携システムの構築により、歯科関係者との連携による居宅療養管理指導、在宅患者訪問栄養指導が実現されている。
- 連携の仕組みは大きく3つのパターンがあり、(1)地域包括支援センターが核となり、所属するケアマネジャーが、①歯科医師会へ依頼→歯科医師会が訪問歯科医師へ連絡、②栄養ケア・ステーション(OS)へ依頼→栄養CSが訪問管理栄養士へ連絡する方法、(2)歯科医師会が核となり、所属する歯科衛生士が、①訪問歯科医師へ連絡、②栄養CSへ依頼→栄養CSが訪問管理栄養士へ連絡する方法、(3)歯科医師会が核となり、歯科医師会が、①訪問歯科医師へ連絡、②栄養CSへ依頼→栄養CSが訪問管理栄養士へ連絡する方法、である。
- 管理栄養士の地域活動における歯科関係者との連携は重要であるが、その連携のシステム作りはまだ十分とは言えない。しかし、地域の医療・介護関係者と一緒にチームを組み、システム構築を行うことができれば、円滑な連携が可能である。

関わりの概要

療養者の家族から地域歯科医師会に連絡が入り、所属する歯科衛生士から歯科クリニックへの依頼で歯科医師と歯科衛生士、栄養ケア・ステーションへの依頼で管理栄養士が、それぞれ療養者宅へ出向くことになった。歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士の連携事例である。

現場での関わりは、歯科関係者が先行しており、食事のときの痛みから義歯の調整を行うこととなった。しかし、調整中、誤嚥の徴候がみられるとともに、痛みにより食欲がわかず、低栄養により活力がみられなくなったということで、栄養ケア・ステーションに依頼が入り、管理栄養士が参画した。

不適合義歯による食事時の痛みへの対応

歯科医師は義歯の調整等の口腔環境の整備、歯科衛生士は口腔機能訓練、口腔ケア

等の指導、管理栄養士が食事を含む生活等の指導を行った。

初期の対応として、食形態の調整を行い、まずは、栄養状態の改善を、痛みの出ない食事(ゼリー食)により図ることとした。同時に実施されていた口腔機能訓練の成果で、減衰していた嚥下機能が徐々に改善、誤嚥が減少した。

痛みなく食事ができるようになると、食欲も改善、それに伴い栄養状態も良好になり、日常生活もベッドで臥しがらであったのが、椅子に腰かけテレビを見るなど改善し、活動性も上がった。

摂食・嚥下機能の回復

食欲が出て食べられるようになることで、体重の増加を図ることができた。歯科医師による義歯の調整も完了すると、より食欲が増したが、摂食・嚥下機能が低下したままでは食形態の改善もできない。そこで、歯科衛生士が咀嚼・嚥下機能回復のための体操を指導し、その効果により徐々に改善した。

その効果の発現と同期して食形態を徐々に改善していき、結果、以前と同じように普通食を食べられるようになった。

○この事例からどんなknowledge managementを得るか

管理栄養士には、歯科医師や歯科衛生士等の歯科関係職種との連携を位置づける法的整備はなされていません。しかし、この事例でみられるように、地域で関係職種が連携のシステムを構築すれば、在宅でのスムーズな連携を図ることが可能です。

居宅療養管理指導においては、たとえば、ケアマネジャーが管理栄養士によるサービス提供が必要と考えれば、栄養ケア・ステーションあるいは療養者のかかりつけ医に依頼をし、管理栄養士がその医師の指示のもとで地域活動を行うことになります。歯科関係者でも栄養ケア・ステーションに相談するなどすれば、同様のスキームで実践を行うことが可能です。

ここで重要なのは、待っているだけでは、そういうシステムや連携はできないということ。質の高い地域活動は、管理栄養士として地域ケアの役割をどう担っていくかを関係職種にアピールし、相手から「あの管理栄養士は役に立つ」と認識されて初めて実現するものです。そのためにも、管理栄養士はスキルの上ととともに、「自らを売り込む」高いコミュニケーション能力が求められるのです。

VI. (資料) 本研究調査用紙

(8) 貴施設において今後訪問栄養指導実施の必要性を感じますか？

- 1 必要であると感じる
- 2 必要性は感じるが施設の状況により困難である
※その理由は下記のいずれに当てはまりますか？



- 1 施設の管理栄養士の人数が足りない
- 2 管理栄養士のスキルの不足
- 3 施設内の理解を得にくい
- 4 在宅訪問栄養指導を実施しても採算がとれない
- 5 その他

- 3 現在実施していないが実施に向けて検討中である
- 4 施設内の連携のみで十分であると感じている
- 5 その他 ()

問2は皆様お答えください

問2 今後管理栄養士による在宅訪問栄養指導のために必要だと感じている

例：施設における管理栄養士配置数を増やす、居宅療養指導実施施設との連携 等

お忙しい中、ご回答誠にありがとうございました。

平成26年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
管理栄養士による在宅高齢者の栄養管理のあり方に関する調査研究委員会

15. 在宅訪問栄養食事指導の受け入れの状況はいかがでしたか？

療養者および家族

初 回： ①非常に良い ②良い ③ふつう ④やや悪い ⑤悪い

2回目以降： ①非常に良い ②良い ③ふつう ④やや悪い ⑤悪い

連携職種

初 回： ①非常に良い ②良い ③ふつう ④やや悪い ⑤悪い

2回目以降： ①非常に良い ②良い ③ふつう ④やや悪い ⑤悪い

お忙しい中、ご回答誠にありがとうございました。

平成 26 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

管理栄養士による在宅高齢者の栄養管理のあり方に関する調査研究委員会

平成26年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

管理栄養士による在宅高齢者の栄養管理のあり方に関
する調査研究事業報告書

発 行：公益社団法人 日本栄養士会

〒105-0004 東京都港区新橋5-13-5 新橋MCVビル6階

TEL. 03-5425-6555 / FAX. 03-5425-6554

URL. <http://www.dietitian.or.jp>

発行日：平成 27 年 3 月 31 日