

地域における 訪問栄養食事 指導ガイド

管理栄養士によるコミュニティワーク



公益社団法人 日本栄養士会

序文

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し、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での「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、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、地域で活動できる管理栄養士等の人材育成にも力を入れるなどの活動を行い、徐々にその成果を上げつつあるところです。

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、その事業の一環として、地域というフィールドで活躍できる質の高い管理栄養士の活動に資すべく、この「地域における訪問栄養食事指導ガイド：管理栄養士によるコミュニティワーク」を作成しました。

本ガイドでは、管理栄養士による居宅療養管理指導の実態と栄養管理体制を把握し、管理栄養士による在宅高齢者への栄養ケア・プロセスにもとづく有効な栄養指導方法や、事例から学ぶ地域連携方法等を提示しています。本ガイドを使用することで、在宅訪問管理栄養士が増加し、少しでも多くの在宅高齢者や介護者のニーズに応え、栄養改善に寄与できることを期待するものです。

最後に、本ガイドの作成に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

地域における 訪問栄養食事指導ガイド

管理栄養士によるコミュニティワーク

目次

序文	1
【概論 1】 栄養状態の低下と要介護状態	4
【概論 2】 管理栄養士による訪問栄養食事指導の評価	6
【概論 3】 地域で活動する管理栄養士のいる場所	8
【概論 4】 地域活動拠点として期待される栄養ケア・ステーション	10
地域での活動に必要な基礎的事項	
①拠点の設定、②管理栄養士の所属	12
③具体的な方法	13
④関係職種との連携、⑤集客方法、⑥コスト管理	20
⑦請求事務、⑧地域での働き方・雇い方	21
⑨「栄養スクリーニング」「栄養アセスメント・モニタリング」 「栄養ケア計画書」	22
「在宅」という現場で働くために	26

(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	28
(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	30
(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	32
(事例 4) 療養者の生活状況を勘案し、 介護サービス等の追加を提案したケース	34
(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	36
(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	38
(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	40
(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	42
(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	44
(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	46
(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	48
(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	50
(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	52
委員会名簿	55

【概論1】

栄養状態の低下と要介護状態

フレイルと地域包括ケアシステム

超高齢社会を突き進むわが国で近年注目されている概念が2つあります。それは「フレイル」と「地域包括ケアシステム」です。

フレイルとは

フレイル (Frailty) とは、「高齢期に生理的予備能が低下することでストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転帰に陥りやすい状態で、身体的問題のみならず、認知機能障害やうつなどの精神・心理的問題、独居や経済的困窮などの社会的問題を含む概念」です。ただし、「しかるべき介入により再び健康な状態に戻るという可逆性が包含されて」おり、「従って、Frailtyに陥った高齢者を早期に発見し、適切な介入をすることにより、生活機能の維持・向上を図ることが期待される」ものとされています。(カッコ内の引用は、(一社)日本老年医学会の「フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント」(平成26年5月)によります。)

地域包括ケアシステムとは

一方、少子・高齢・人口減少という社会構造のもと、年金を始めとしたわが国の社会保障制度はさまざまな課題を抱えています。それは、従来の考え方言えば「支え手」である生産年齢人口が減り、「受け手」である高齢者が増加する状況が、これからも長く続くことが予測されているからです。介護保険制度は2000年から本格実施された新しい社会保障制度ですが、この介護保険でも現在、制度の持続可能性が危惧されており、それを乗り切るために「地域包括ケアシステム」の実現が求められています。

「地域包括ケアシステム」とは、「高齢者が、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービスを提供する体制」のことをいい、国は、いわゆる「団塊の世代」が後期高齢者となる2025年までの実現を目指しています。そのため、国は「新しい総合事業」の強化を制度化しました (図)。

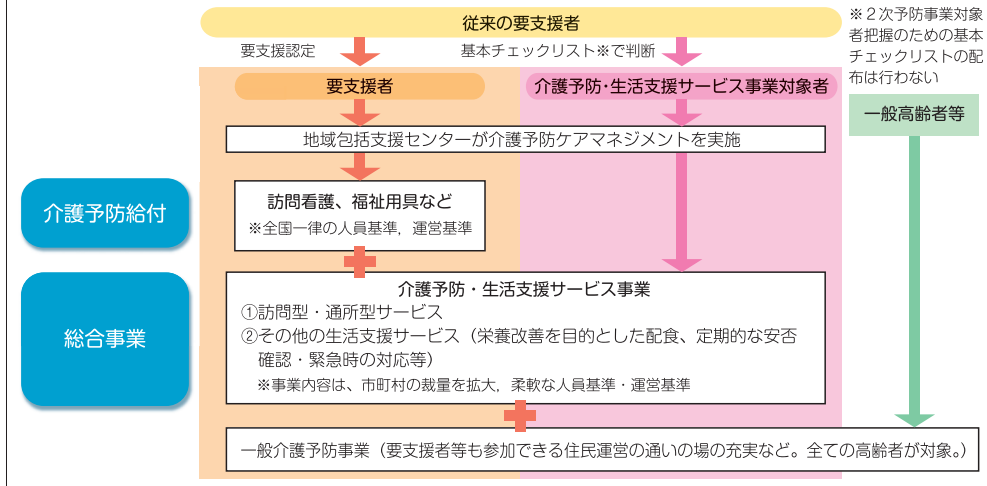
これからの時代に必要な管理栄養士

これら2つに共通した概念は何でしょう。

それは、「予防的対応」です。「介護や支援が必要な状態」(要介護状態・要支援状態)や、病気となる前に対応することで、高齢者の健康寿命を延伸するとともに、本来そこにかかったであろうコストの削減を実現するということです。

総合事業の概要

- 訪問介護・通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具等）は、引き続き介護予防給付によるサービス提供を継続。
 - 地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業（介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業）のサービスと介護予防給付のサービス（要支援者のみ）を組み合わせる。
 - 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して「介護予防・生活支援サービス事業対象者」とし、迅速なサービス利用を可能に（基本チェックリストで判断）。
- ※ 第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定等申請を行う。



（「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案（概要）」より。厚生労働省資料）

そしてもう1つ。このような予防的対応を行うとき、必要となる専門職は誰かということを見ると、もちろんそこには、保健・医療・福祉にかかわるさまざまな専門職が挙げられますが、何より私たち管理栄養士の必要性が浮かび上がってきます。病気にならないようにする、要介護状態にならないようにするためには「低栄養」を防ぐなどの「栄養管理」が必須の事項だからです。

管理栄養士が地域でどのように活動していくか

しかし、だからといって私たち管理栄養士は手放して喜ぶことができるのでしょうか。フレイルへの介入や地域包括ケアシステムへの参画を考えたとき、その舞台は病院などの医療機関や介護保険施設ではなく、主に「地域」になりますが、そこでの活動のノウハウを、私たち管理栄養士は十分にもっているのでしょうか。

実効性のある「予防的対応」をするためには、まず、対象者を探し出し、対応の必要性を説明し、相手からの了解を得て、必要に応じて地域住民の居宅に出向いて実践することが求められます。対象者は、今現実に病気になって困っているという人ばかりではなく、また、対象者の居宅においての実践は「生活の場」への対応でもあることから、それなりのスキルが求められることとなります。

このガイドは、これからの時代に求められる管理栄養士になるために必要なノウハウを、実践に役立つようにまとめたものです。

【概論2】

管理栄養士による訪問栄養食事指導の評価

- 管理栄養士が療養者の自宅等へ訪問して栄養食事指導を行うことに対しての保険上の評価は、①介護保険における「(管理栄養士が行う) 居宅療養管理指導」と、②医療保険における「在宅患者訪問栄養食事指導料」です。
- ともに、医師が特別食が必要と判断し、指示せんを受けることが必要です。

(介護保険) 管理栄養士が行う 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導*

- ① 同一建物居住者以外の場合 **533単位**
- ② 同一建物居住者の場合 **452単位**

(1単位=10円。保険サービスについての療養者の負担は、基本1割。平成27年8月からの制度改正により自己負担が2割となる人は2割)

- *居宅療養管理指導は要介護1から5の利用者に対して、介護予防居宅療養管理指導は要支援1・2の利用者に対して算定します。
- *これらサービスは「区分支給限度額」の枠外のサービスで、常に1割の自己負担で受けることができます(制度改正後、自己負担が2割となる利用者は2割負担)

(医療保険) C009 在宅患者訪問栄養食事指導料

- ① 同一建物居住者以外の場合 **530点**
- ② 同一建物居住者の場合 **450点**

(1点=10円。保険サービスについての療養者の負担は、基本3割。保険の種類によって自己負担割合が異なります)

共通項目

- ・算定は月2回まで
- ・1回の指導に要する時間は30分以上
- ・訪問に要した交通費および調理指導に必要とした食材の費用は、その実費を、療養者から受け取ることができる(事前の説明と同意が必要)

表 訪問栄養食事指導の種類

	居宅療養管理指導		在宅患者訪問栄養食事指導	
算定額	533単位①	452単位②	530点①	450点②
実施機関	居宅療養管理指導事業所		医療機関	
所属	常勤または非常勤		指示する医師と同一機関、常勤または非常勤*	
医師の指示	栄養ケア計画に基づいた指示		少なくとも熱量・熱量構成、蛋白質質量、脂質量についての具体的な指示	
実施内容	関連職種と共同で栄養ケア計画を作成し、交付 情報提供、指導または助言を30分以上 栄養ケア・マネジメントの手順に沿って栄養状態のモニタリングと計画を行う		食品構成に基づく食事計画案または具体的な献立を示した食事指導せんを交付 具体的な献立によって、調理を介して実技を伴う指導を30分以上行う	
対象	通院または通所が困難な利用者で、医師が厚生労働大臣が別に定める特別食を提供する必要性を認めた場合または当該利用者が低栄養状態にあると医師が判断した場合に対象となる。①は在宅療養者、②は居住系施設入居者 指導対象は患者または家族など		①は在宅で療養を行っている通院が困難な患者、②は居住系施設入居者等である通院が困難な患者であって、別に医師が定める特別食を提供する必要性を認めた場合に対象となる 指導対象は患者または家族など	
対象食	腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓食、脂質異常症食、痛風食、心臓疾患などに対する減塩食、特別な場合の検査食（潜血食、大腸X線検査・大腸内視鏡検査のために特に残渣の少ない調理済食品を使用した場合）、十二指腸潰瘍に対する潰瘍食、クローン病および潰瘍性大腸炎による腸管機能の低下に対する低残渣食、高度肥満症（肥満度が+40%以上またはBMIが30以上）食、高血圧に関する減塩食（食塩6g以下） 経管栄養のための流動食、嚥下困難者（そのために摂食不良となった者も含む）のための流動食、低栄養状態に対する食事		フェニールケトン尿症食、楓糖尿食、ホモシスチン尿食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食	
給付限度	月2回			

* p13、p14を参照

【概論3】

地域で活動する管理栄養士のいる場所

- 専門職能である管理栄養士の地域での活動（すなわち訪問栄養食事指導）において、介護報酬・診療報酬上に評価を位置づけられているのは、前掲の「管理栄養士が行う居宅療養管理指導」「在宅患者訪問栄養食事指導」ですが、これらの評価を受ける（サービスの対価としての報酬を受ける）ためには、提供機関が、介護保険事業所または保険医療機関の指定を受けている必要があります。
- つまり、保険上の評価を受けるためには、「サービスの提供者が管理栄養士である」ことはもちろん、「サービスの提供機関等が保険者に請求できる機関である」必要があります。
- その条件をクリアする「管理栄養士のいる場所」が、地域で活動する管理栄養士のいる場所ということになります。

保険医療機関とは

保険医療機関とは、厚生労働大臣の指定を受けた病院、診療所等のことをいいます。患者側の視点でざっくりと言い換えれば、それは「保険証の使える場所」ということです。そこで患者が保険証を使いサービスを受けた場合、診療報酬上の評価により金額が決まり、患者は規定された窓口負担（多くは3割）を支払い、残りの額は、保険医療機関が保険者である組合等に請求を行うことで、保険医療機関にお金が支払われることとなります。

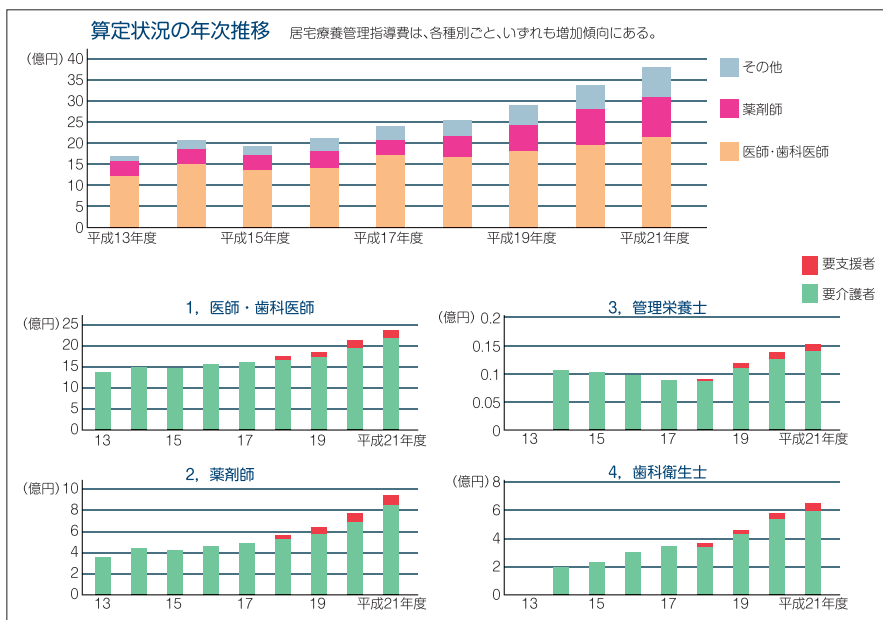
介護保険についても同様で、指定を受けた介護保険事業所だけが、介護保険による請求ができる仕組みになっています。

地域で活動する管理栄養士のいる場所

ボランティアとして活動するのではなく、保険請求が可能なサービスを提供するという意味で「地域で活動する管理栄養士」という言葉を使うなら、地域で活動する管理栄養士のいる場所は、保険医療機関である病院、診療所等ということになります。介護保険の場合は、指定介護保険事業所（正確には、病院または診療所である指定居宅療養管理指導事業所）ということになります。

では、地域で活動する管理栄養士は、これら保険医療機関、指定介護保険事業所にしかないのかというと、必ずしもそうではありません。

必要なのは、それらの機関等から保険サービスが提供されるということなので、なんらかのかたちでそれら機関等と契約して、そこからのサービス提供が認められれば保険請求ができます。そういう条件が整えば、フリーランスの管理栄養士も、（公社）日本栄養士会（都道府県の栄養士会等）が運営する「栄養ケア・ステーション」に所属する管理栄養士も、地域で活動する管理栄養士といえます。



(第82回社保第一介護給付費分科会資料より。厚生労働省資料)

すべての保険医療機関が「在宅患者訪問栄養食事指導」を行えるわけではない

ここで1つ注意が必要なことがあります。それは、保険医療機関＝「在宅患者訪問栄養食事指導」が行える機関、ではないということです。たとえば、歯科診療所では、歯科医療の保険請求が基本となるため、「在宅患者訪問栄養食事指導」の算定はできません。また、介護保険施設である介護老人保健施設では、訪問サービスは訪問リハビリテーションに限られるため、「管理栄養士が行う居宅療養管理指導」は算定できません。

まだまだ少ない「管理栄養士が行う居宅療養管理指導」

上掲の図を見てください。さまざまな職種が行う居宅療養管理指導の中でも、算定数が極端に少ないのが「管理栄養士が行う」ものです（「単位」の数に注目）。その原因はさまざまなものが考えられますが、これからの時代はますます栄養管理が求められるわけですから、管理栄養士自身も奮起し、地域住民のために貢献すべく、積極的に実践する姿勢が求められるといえるでしょう。

栄養ケア・ステーションって何？

栄養ケア・ステーションは、全国の管理栄養士、栄養士が地域や医療機関に対して栄養支援を行う拠点です。地域に顔の見える管理栄養士、栄養士を増やすため、平成20年4月から各都道府県栄養士会に設置しました。

栄養指導や栄養教育の社会的認知度を高めるため、(公社)日本栄養士会ではさまざまなサービスを提供できる管理栄養士、栄養士の人材育成をしています。その他に情報の収集や解析、検証を行い、より効果的な栄養教育に役立てています。

【概論 4】

地域活動拠点として期待される 栄養ケア・ステーション

- 一般論として言えば、たとえば、医療専門職にある活動が期待されても、それによって得られる経済効果が低ければ、結果的にその専門職の活動は経済効果がより高いほうにシフトしがちです。管理栄養士の地域活動の一つといえる居宅療養管理指導や在宅患者訪問栄養食事指導の件数が非常に少ない理由にも、そういう側面がないとは言いきれません。
- しかし、地域住民あるいは世の中がそれを求めているとするならば、その活動を拡充するために、所属機関の経営事情等から、より自由な立場で管理栄養士が存在できる場が必要となります。
- 「栄養ケア・ステーション」とは、「栄養ケアを地域住民の日常生活の場で実施提供する仕組みとそのための拠点」であり、「管理栄養士・栄養士と地域住民との間のアウトリーチ（outreach）とアクセス（access）を不断に拡充し、栄養ケアを提供する地域密着型の拠点」として位置づけられた機関です。

栄養ケア・ステーションの種別

栄養ケア・ステーションには2つの種別があります。

● 栄養士会栄養ケア・ステーション

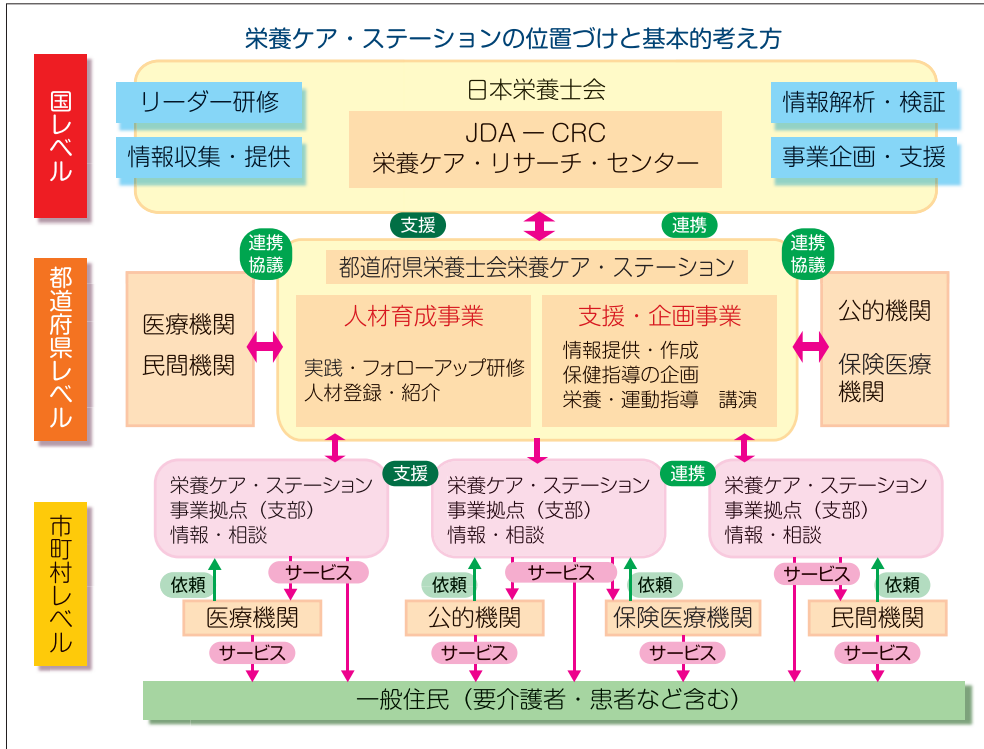
日本栄養士会または都道府県栄養士会が公益目的事業として設置・運営する栄養ケア・ステーション。

● 認定栄養ケア・ステーション

日本栄養士会の栄養ケア・ステーション認定制度に則り、「栄養ケア・ステーション」の名称使用の許諾要件を満たしていると認定された、栄養士会以外の事業者の設置・運営にかかる栄養ケア・ステーション。

栄養ケア・ステーションの業務

栄養ケア・ステーションは、栄養ケアのうち、栄養管理（①栄養相談、②特定保健指導、③医療保険や介護保険に関わる栄養管理、食事管理および栄養食事指導の実施、④栄養改善・食生活改善に関する地域貢献活動）と、食事管理（①献立調製、栄養価計算、②調理指導、③栄養改善・食生活改善に関する地域貢献活動）を業務とし、「住民の求めを受けたときは、これに応ずる責務を負います」。



栄養ケア・ステーションの機能

栄養ケア・ステーションの機能は、①栄養ケア・リサーチ・センター機能と、②栄養ケア・センター機能があり、前者は、日本栄養士会栄養ケア・ステーションが、後者は、都道府県栄養士会栄養ケア・ステーションが主に担うことで、全国各地に実効的な栄養ケアを提供するネットワークを構築しています。このネットワークには、前述の「認定栄養ケア・ステーション」も加わり、国民の生涯にわたる健康な生活をしっかりと支えることのできる、より細かな網の目の、より伸びやかな栄養ケアのネットワークを構築することを目指しています。

地域で活躍する管理栄養士を増やしていくために

医療や介護の世界に限らず、専門職には、その専門性において独立し、自らの職能を活かした活動を行うことが求められます。管理栄養士においても同様です。

栄養ケア・ステーションは、かつて訪問看護ステーションの創設が看護師の地域活動の自主性と独立性を飛躍的に向上させたのと同じように、管理栄養士の活動の拠点の一つとして、国民からも、医療や介護の関係者からも認知されるようになることが期待されます。

地域での活動に必要な基礎的事項

ここから、管理栄養士の地域活動に必要な基礎的事項について簡単に紹介します。詳細については法令集や成書を参考にしてください。また、ここで述べる管理栄養士の地域ケアとは、ボランティアで行うものではなく、業として、保険サービスをとおして行うものをいいます。

①拠点の設定

ここでは、個人としての管理栄養士の働き方ではなく、制度としての拠点のあり方について述べます。とにかく、場所がなければ地域活動はできません。では、場所とは何でしょうか。それは「管理栄養士が地域ケアを実践できる事業所」であり、それには大きく2つあります。

①（介護保険の）指定居宅療養管理指導事業所

介護保険での請求が可能な、居宅療養管理指導が行える事業所のことをいいます。

都道府県へ申請し、指定事業所となる必要があります。病院または診療所等が、保険医療機関・特定承認医療機関に承認されていれば、指定事業所とみなされます（みなし指定）。ただし、都道府県にみなし不要申出書を提出した機関においては、指定の再申請手続きが必要になりますので、新規で居宅療養管理指導事業を始める場合には確認が必要です。

②（医療保険の）在宅患者訪問栄養食事指導ができる事業所

医療保険での請求が可能な事業所は、基本的には、病院、診療所といった保険医療機関です。これらは都道府県の指定を受けているという意味で上記と同様の位置づけとなっています。

②管理栄養士の所属

居宅療養管理指導、在宅患者訪問栄養食事指導を行う管理栄養士は、上記の種別のいずれかの事業所で従業していることが必要です。就業の形態は、常勤でも非常勤でも可能です。また、その事業所と契約して行うことも可能です。栄養ケア・ステーションに所属する管理栄養士の場合は、指定事業所との契約によって実践を行うこととなります。フリーランスの管理栄養士もこのような働き方ができます。ただし、本ガイドの概論3で述べたように、指定事業所に所属せず、あるいは契約せずにサービスを提供しても、保険請求はできません。

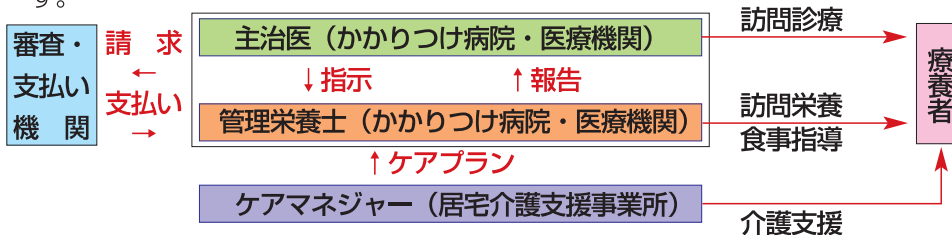
保険請求のできる働き方のバリエーションについては、現実にはさまざまなものがあります。詳細については、都道府県の栄養士会や地域ですでに実践している先輩に

話を聞くとよいでしょう。

③具体的な方法

①医療機関内の在宅医療チームとして訪問する場合

- **訪問する管理栄養士**：医療機関に勤務する管理栄養士が、在宅医療チームの一員として訪問栄養食事指導を実施するシステム
- **主な依頼経路**：主治医や在宅医療チームのスタッフが、療養者の栄養ケアの必要性を判断し、療養者や家族等の同意を得たうえで、管理栄養士に依頼が来ます。
- **対象者**：この医療機関をかかりつけとする療養者が対象となります。
- **主治医との連携**：主治医と管理栄養士が同じ医療機関内にいるので、治療と栄養ケアの連携が効率的かつ効果的に行えます。
- **報酬など**：このシステムでは、医療保険、介護保険のいずれで実施しても訪問栄養食事指導の費用が算定できます。この医療機関が給付請求し、この医療機関に報酬が支払われます。
- **メリット**：病院（病床数20床以上の医療機関）でこのシステムをもつメリットは、入院中にNSTなどで実施した栄養ケアを、退院後の在宅生活に引き継ぐことです。入院と在宅の連携体制が整っていることは、療養者や家族にとって大きな安心につながるでしょう。また、診療所（病床数20床未満の医療機関）における在宅医療においても、各スタッフの顔が見える関係で訪問栄養食事指導を実施することは、効果的な栄養ケア・マネジメントにつながります。
- **デメリット**：対象者はその医療機関の在宅医療チームが担当する療養者に限られます。対象領域は狭くなりますが、シームレスで丁寧な栄養ケアのシステムといえます。

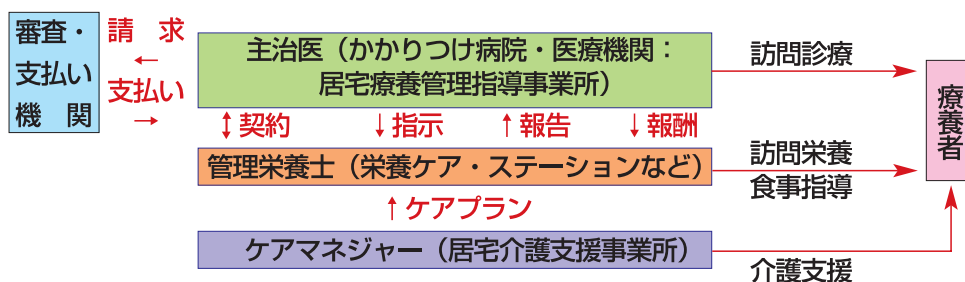


②独立の管理栄養士が訪問する場合

- **訪問する管理栄養士**：個人（フリーランス）、栄養ケア・ステーションなど、医療機関（居宅療養管理指導事業所）に所属しない管理栄養士が訪問栄養食事指導をするシステムです。管理栄養士は医療機関と雇用契約を交わし、その医療機関をかかりつけとする療養者に対して訪問栄養食事指導を実施することになります。多くの場合、管理栄養士は複数の在宅医療を行う開業医と契約して活動しています。
- **主な依頼経路**：主治医や在宅介護チームのスタッフが、療養者の栄養ケアの必要性を判断し、療養者や家族の同意を得たうえで、管理栄養士に依頼が来ます。
- **対象者**：この医療機関をかかりつけとする療養者が対象になります。
- **主治医との連携**：多くの場合は固定の主治医と連携することになり、比較的連携が

図りやすいシステムです。ただし、管理栄養士が常に医療機関に勤務しているわけではないので、指示、報告、相談などの方法や訪問するタイミングなどには工夫が必要です。

- **報酬など**：このシステムでは、医療保険、介護保険のいずれで実施しても訪問栄養食事指導の費用が算定できます。訪問栄養食事指導の費用は契約した医療機関の実績として給付請求し、この医療機関に報酬が支払われます。そして、管理栄養士に対しては、契約内容に基づいて医療機関から報酬が支払われることとなります。
- **メリット**：医療保険でも介護保険でも、医療機関に所属しない管理栄養士が訪問栄養食事指導をすることは認められていません。そこで、フリーランスの管理栄養士が個人もしくは自主グループなどを活動母体として、医療機関と契約します。いったん契約が成立し、訪問栄養食事指導の効果を認識してもらえれば、フリーランスの管理栄養士にとっては固定した活動の場の確保につながります。
- **デメリット**：このシステムでは、各診療所と管理栄養士の契約をはじめ、事前に給付請求業務などの事務処理体制の整備が生じるため、訪問栄養食事指導を開始する前に時間を要します。また、契約先の診療所を増やすためには、管理栄養士の積極的な働きかけも必要です。



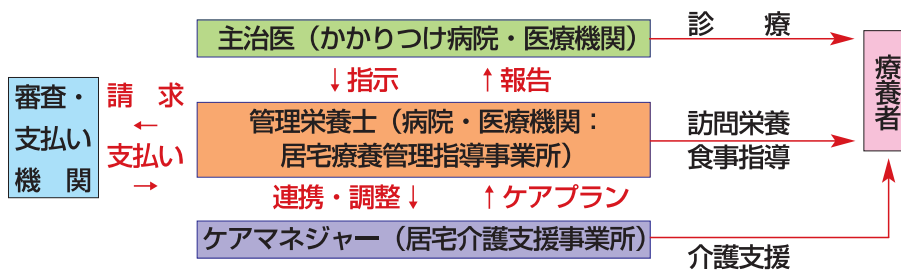
③地域の居宅療養管理指導事業所として訪問する場合

- **訪問する管理栄養士**：医療機関（居宅療養管理指導事業所）に所属する管理栄養士が、ほかの医療機関をかかりつけとする療養者の訪問栄養食事指導を受託するシステムです。
- **主な依頼経路**：主にケアマネジャーがケアプランの中で療養者の栄養ケアの必要性をアセスメントし、療養者や家族等の同意を得たうえで、主治医の医療的判断に基づいて管理栄養士に依頼が来ます。
- **対象者**：このシステムでは、主治医と管理栄養士が別の医療機関に所属することになるので、医療保険での訪問栄養食事指導は認められず、介護保険の居宅療養管理指導の対象者に限られます。
- **主治医との連携**：療養者ごとに主治医やかかりつけ医療機関が異なるので、管理栄養士側の積極的な連携姿勢が求められるシステムです。
- **報酬など**：訪問栄養食事指導の費用は管理栄養士が所属する医療機関（居宅療養管理指導事業所）が給付請求し、その医療機関に報酬が支払われます。つまり、指示を出す主治医やその医療機関に対しては、指示書料以外の報酬はありません。

- **メリット**：このシステムは訪問看護ステーションや訪問介護ステーションと同じように、地域の居宅サービスの一事業所として訪問栄養食事指導を実施するものです。療養者がどこの医療機関をかかりつけにしているかに左右されず、地域に散在する訪問栄養食事指導のニーズに広く応えることができます。

かかりつけ医療機関においては、訪問栄養食事指導に関する収入はありませんが、面倒な事務処理（給付支給など）の必要がないのはメリットといえるかもしれません。

- **デメリット**：療養者ごとに主治医が異なり、さらには主治医の所属する医療機関も異なります。すなわち、面識のない主治医とも連携を図る必要性が出てきます。指示や報告のやりとりなど、その方法や書式には工夫が必要です。また、管理栄養士が所属する居宅療養管理指導事業所では給付請求をすることから、療養者の介護保険情報の確認なども、管理栄養士が責任を持って確実に行わなければなりません。



居宅療養管理指導および在宅患者訪問栄養食事指導を行う事業所がチェックすべき事項にはさまざまなものがあります。それらを事業所の管理、開始時の管理、サービス提供の管理、その他の管理、とに分け、チェックリストとしてまとめました。

運営チェックリスト

事業所の管理	
項目	チェックポイント
設備	<input type="checkbox"/> 事業所は病院または診療所であって、都道府県の指定を受けていますか <input type="checkbox"/> 事業の運営に必要な広さの専用の区画がありますか <input type="checkbox"/> 必要な設備および備品等が備えられていますか
衛生管理	<input type="checkbox"/> 従業者の清潔の保持および健康状態について、必要な管理をしていますか <input type="checkbox"/> 事業所の設備および備品等について衛生的な管理に努めていますか
従業者	<input type="checkbox"/> 管理栄養士が適当数配置されていますか <input type="checkbox"/> 管理栄養士は居宅療養管理指導事業所と雇用契約等を交わした従業者ですか <input type="checkbox"/> 資質向上のために研修の機会を確保していますか
運営規程	<input type="checkbox"/> 運営規程を定めていますか 事業の目的および運営の方針／従業者の職種、員数、職務内容／営業日および営業時間／居宅療養管理指導の種類および利用料等／その他運営に関する重要事項 <input type="checkbox"/> 事業所の見やすいところに運営規程の概要等を提示していますか
苦情処理	<input type="checkbox"/> 苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情の受付窓口の設置など必要な措置を講じていますか <input type="checkbox"/> 苦情を受け付けた場合には、その内容等を記録していますか <input type="checkbox"/> 苦情に関して市区町村が行う調査等に協力していますか <input type="checkbox"/> 市区町村から指導または助言を受けた場合には、必要な改善を行っていますか <input type="checkbox"/> 苦情に関して国民健康保険団体連合会(国保連)が行う調査に協力していますか <input type="checkbox"/> 国保連が行う調査に協力していますか <input type="checkbox"/> 国保連から指導または助言を受けた場合には、必要な改善を行っていますか
事故発生時の対応	<input type="checkbox"/> 居宅サービス提供による事故発生時には、居宅介護支援事業者に連絡を行うとともに、必要な措置を講じていますか <input type="checkbox"/> 賠償すべき事故の場合には、速やかに損害賠償に応じていますか
記録の整備	<input type="checkbox"/> 従業者、設備、備品および会計に関する諸記録を整備していますか <input type="checkbox"/> 療養者から寄せられた苦情の内容等の記録を整備していますか <input type="checkbox"/> 居宅サービス提供による事故状況および事故に際してとった処置についての記録を整備していますか <input type="checkbox"/> 居宅サービス提供に関する記録は、完結の日から2年間保存していますか

開始時の管理

項目	チェックポイント
居宅サービス提供	<input type="checkbox"/> 正当な理由なく居宅サービスの提供を拒んでいませんか <input type="checkbox"/> 居宅サービスの提供が困難な場合に、速やかに必要な措置を講じていますか
利用対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者証によって要介護認定等の確認をしていますか <input type="checkbox"/> 認定審査会の意見に配慮して居宅サービスの提供を行っていますか <input type="checkbox"/> 居宅サービス提供の開始時に要介護認定等を受けていない場合には、申請が行われるように必要な援助を行っていますか
	<input type="checkbox"/> 居宅で療養を行っており、通院や通所による療養や栄養ケアが困難な療養者ですか <input type="checkbox"/> その療養者に対して、主治医が「特別食を必要とする」または「低栄養状態にある」と判断していますか
手続きの説明および契約の締結	<input type="checkbox"/> 重要事項説明書を交付して、懇切丁寧に説明をしていますか <input type="checkbox"/> 居宅サービスの提供の開始について同意を得ていますか <input type="checkbox"/> 居宅サービス提供の同意は契約書によって確認していますか

サービス提供の管理

項目	チェックポイント								
主治医との連携	<input type="checkbox"/> 主治医の指示に基づいていますか <input type="checkbox"/> 栄養ケア計画の作成および見直しにあたっては、主治医と連携していますか <input type="checkbox"/> 主治医は指示内容の要点の記載と栄養ケア計画書を保存していますか <input type="checkbox"/> 主治医に提供した内容を報告していますか								
栄養ケアのプロセス	スクリーニング	<input type="checkbox"/> 低栄養状態のリスクを把握していますか							
	アセスメント	<input type="checkbox"/> 栄養スクリーニングの結果を踏まえ、療養者の解決すべき課題を把握していますか <input type="checkbox"/> 栄養診断を行いましたか							
	表 栄養診断の3つの項目 <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NI：摂取量</td> <td><input type="checkbox"/> 食物あるいは栄養素の摂取量が真の必要量や推定必要量と比較し過剰かあるいは不足かについて検討しましたか（栄養診断で導き出す基本的な考え方を示す）</td> </tr> <tr> <td>NC：臨床栄養</td> <td><input type="checkbox"/> 疾病や身体状況にかかわる栄養の問題点について検討しましたか</td> </tr> <tr> <td>NB：行動と生活環境</td> <td><input type="checkbox"/> 知識、態度、信念、物理的環境、食物の入手や食の安全等について評価しましたか</td> </tr> </tbody> </table>		項目	内容	NI：摂取量	<input type="checkbox"/> 食物あるいは栄養素の摂取量が真の必要量や推定必要量と比較し過剰かあるいは不足かについて検討しましたか（栄養診断で導き出す基本的な考え方を示す）	NC：臨床栄養	<input type="checkbox"/> 疾病や身体状況にかかわる栄養の問題点について検討しましたか	NB：行動と生活環境
項目	内容								
NI：摂取量	<input type="checkbox"/> 食物あるいは栄養素の摂取量が真の必要量や推定必要量と比較し過剰かあるいは不足かについて検討しましたか（栄養診断で導き出す基本的な考え方を示す）								
NC：臨床栄養	<input type="checkbox"/> 疾病や身体状況にかかわる栄養の問題点について検討しましたか								
NB：行動と生活環境	<input type="checkbox"/> 知識、態度、信念、物理的環境、食物の入手や食の安全等について評価しましたか								

栄養ケアのプロセス	栄養ケア計画	<input type="checkbox"/> 栄養アセスメントを踏まえ、他の職種と共同して栄養ケア計画を作成していますか <input type="checkbox"/> 療養者ごとに栄養補給に関する事項、栄養食事相談に関する事項、解決すべき事項に対して関連する職種が共同して取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成していますか <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能および食形態にも配慮していますか <input type="checkbox"/> 栄養ケア計画について、療養者またはその家族（介護者）に説明し、同意を得ていますか <input type="checkbox"/> 栄養ケア計画は栄養ケア提供記録に添付することなどによって保存していますか
	実施	<input type="checkbox"/> 栄養ケア計画に実施上の問題があれば、ただちに計画を修正していますか <input type="checkbox"/> 療養者の居宅を訪問して行っていますか <input type="checkbox"/> 栄養ケア計画に基づいた情報提供および栄養食事相談、または助言をしていますか <input type="checkbox"/> 理解しやすいように指導または説明を行っていますか
	連携	<input type="checkbox"/> ケアプラン（居宅サービス計画）に沿った居宅サービス提供をしていますか <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者、その他保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めていますか <input type="checkbox"/> 日頃から他のサービス提供事業者や提供状況を把握するように努めていますか <input type="checkbox"/> 他のサービス等において食生活に関する配慮等が必要な場合は、ケアマネジャーに対して情報提供を行っていますか
	居宅サービスの記録	<input type="checkbox"/> 療養者に対する居宅サービス提供に関する記録（提供日、具体的なサービス内容、心身状況等）を速やかに作成していますか <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導を実施した日、内容、その他必要な事項を、居宅サービス計画書の書面またはサービス利用票等に記載していますか <input type="checkbox"/> 療養者から申し出があった場合には、居宅サービス提供に関する情報を文書等で提供していますか
	モニタリング	<input type="checkbox"/> 定期的に生活機能の状況を検討していますか <input type="checkbox"/> 定期的に栄養状態のモニタリングを行っていますか <input type="checkbox"/> モニタリングの結果を主治医に報告していますか
	評価	<input type="checkbox"/> おおむね3か月を目途として、低栄養状態のリスクについて栄養スクリーニングを実施していますか <input type="checkbox"/> 主治医の指示のもとに関連職種と共同して栄養ケア計画の見直しを行っていますか
	居宅サービス終了時	<input type="checkbox"/> 療養者またはその家族（介護者）に対して適切な指導を行っていますか <input type="checkbox"/> 主治医および居宅介護支援事業者に対する情報提供をしていますか <input type="checkbox"/> 保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との連携に努めていますか

居宅サービスの評価	<input type="checkbox"/> 計画的に居宅サービスを提供していますか <input type="checkbox"/> 療養者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止または要介護状態となることの予防につながる居宅サービス提供になっていますか <input type="checkbox"/> 療養者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立につながる居宅サービス提供になっていますか <input type="checkbox"/> 常に病状、心身状況およびその置かれている環境の的確な把握に努め、適切な居宅サービスを提供していますか <input type="checkbox"/> 可能な限り居宅において、能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにしていますか <input type="checkbox"/> 心身状況、置かれている環境等を把握して、それを踏まえて療養上の管理および指導をしていますか <input type="checkbox"/> 療養生活の質の向上を図るものになっていますか <input type="checkbox"/> 居宅サービスの質の評価を行っていますか <input type="checkbox"/> 常に居宅サービスの改善を図っていますか
秘密保持等	<input type="checkbox"/> 業務上知り得た療養者またはその家族の秘密の保持に努めていますか <input type="checkbox"/> 従業者が退職後にも秘密を保持すべき旨を、雇用時等に取り決めていますか <input type="checkbox"/> 療養者またはその家族の個人情報を用いる場合は、あらかじめ文書で同意を得ていますか
身分を証する書類の携行	<input type="checkbox"/> 身分を明らかにする証書や名札等を携行していますか <input type="checkbox"/> 求めがあったときには提示していますか <p style="text-align: center;">*記載すべき事項：居宅サービス事業所の名称／従業者の氏名／職種／写真</p>

その他の管理

項目	チェックポイント
要介護認定の申請にかかる援助	<input type="checkbox"/> 居宅サービス提供の開始時に要介護認定等を受けていない場合には、申請が行われるように必要な援助を行っていますか
療養者に関する市区町村への通知	<input type="checkbox"/> 療養者が次に該当する場合に、遅延なく意見を付して市区町村に通知していますか <p style="text-align: center;">* 正当な理由なしに居宅療養管理指導の利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態等の程度を増悪させたと認められた場合</p> <p style="text-align: center;">* 不正な行為によって保険給付を受け、または受けようとしたとき</p>

居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者に対して金品その他財産上の利益を提供していませんか
----------------------	---

④関連職種との連携

介護保険サービスにしても、医療保険サービスにしても、地域ケアにおいては多職種協働が基本となります。

関連職種に栄養ケアに対する意見や助言を求めたり、栄養ケア計画書を送付したり、地域ケア会議など療養者を担当する各専門職種が集まる会議に出席したりして、顔の見える関係となって連携を進める必要があります。

また、連携のためには、それぞれの職種の専門性をよく把握しておくことも重要です。これは病院や施設でも同じですが、特に地域で活動する際は、同一の職場で働いているわけではありませんから、自らの専門性を高めることと同じように、他職種の専門性についての基本的な知識も勉強しておく必要があるでしょう。

⑤集客方法

地域ケアの拠点となるのが「地域包括支援センター」であり、地域で活躍する「居宅介護支援事業所」（いわゆるケアプランセンター）です。居宅サービスの提供においては、ケアプランの中に位置づけられることがサービス提供の必須事項となるため、ケアマネジャーが療養者のケアプランの中に栄養ケアに関するサービスを組み込むかどうか、そのサービスが療養者にとって実際に必要であるかどうかと同じくらい重要な要素となります。

管理栄養士は、栄養ケアの専門家として、その重要性をケアマネジャーに理解されるよう、地域ケア会議などあらゆる場面をとおして伝えていくことが必要です。それが結果として集客にもつながっていきます。

また、療養者の口コミも重要です。栄養ケアを提供する一人の療養者の後ろには数多くの潜在的な利用者が隠れているということも忘れてはなりません。

⑥コスト管理

あなたが事業所の長であったり、所属部門の長である場合には、コスト管理にも十分気を配る必要があります。たとえば、居宅療養管理指導や在宅患者訪問栄養食事指導の提供に際しては、療養者から交通費を実費で徴収してよいこととなっています。

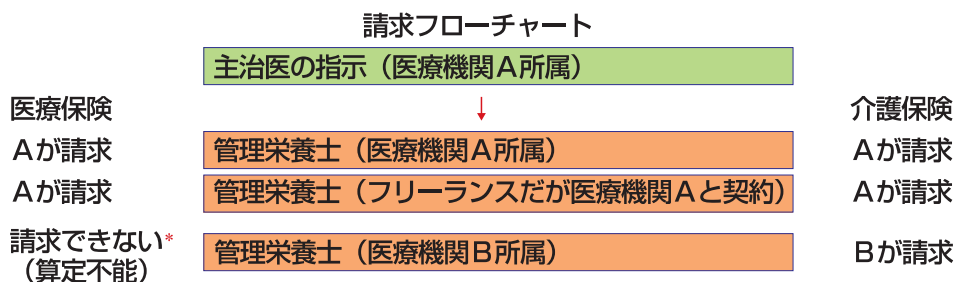
栄養・食事指導に必要な食材料費についても同様です。もちろん、このことは事前に療養者に説明し、了解を得てのこととなりますが、「わずかな金額だから」と考えたり、「お金をいただくのは気が引けるから」という理由で必要な金額を徴収しないのは、専門職として正しい姿勢とはいえません。単体の事業所単位では大きな赤字を出さなければいいという経営方針の法人等もありますが、この場合、その事業所があることで、他の利益を生み、それで赤字を相殺するという経営判断があるからです。それでも、事業の収支に鈍感であってはなりません。

療養者に必要とされ、なおかつ経営を成り立たせることが、事業を継続することにつながり、それが地域へ貢献することにつながるのです。訪問栄養食事指導を行う管理栄養士には、コスト管理能力が特に強く求められます。

⑦請求事務

地域ケアを行う管理栄養士の腕の見せ所が、保険請求を行う機関の請求事務をいかに軽減できるかというところ です。栄養ケアの必要性はわかっているが、忙しすぎて書類業務をこれ以上増やしたくない気持ちの医師がいた場合、「私が一部お手伝いします」と言うことでサービス提供につながるケースもあります。

まずは、請求のフローを知り、医療保険、介護保険の請求に必要な情報とは何かをしっかりと理解しましょう。



*このままでは請求出来ません。請求には、医療機関Bの主治医の指示が必要です。

⑧地域での働き方・雇い方

働き方

地域ケアを行いたいと考える管理栄養士の働く場所は、前述のとおり、大きくは、①病院・診療所、②栄養ケア・ステーション、③フリーランスとして①か②と契約するということとなります。①の場合には、その医療機関が実際に地域ケア活動を熱心

に行っているかどうかを事前に確認しておくのがよいでしょう。②については、これから続々と誕生していきますので積極的にチャレンジしてみるのもお勧めです。

雇い方

機関の長でなくとも、所属先の機関において、管理栄養士の雇用について考慮する立場になる場合もあるでしょう。そのとき重要になるのは、常勤・非常勤の「職員」として雇用するか、フリーランスの場合なら業務契約を行わなければ、提供したサービスを保険請求できる立場の管理栄養士とはなりえないということです。サービスの提供が単発であったり、不定期の場合も同様です。他の機関に所属している管理栄養士でも、その所属先の了解を得たうえで契約を結ぶことは可能です。

⑨ 「栄養スクリーニング」「栄養アセスメント・モニタリング」 「栄養ケア計画書」

在宅という現場は、さまざまな医療専門職や検査機器等が整っている病院とは環境が大きく違います。そこで、栄養ケアの専門的な実践を行うためには、いかに効率的に、効果的な情報を正確に集めるかが重要になります。丁寧だが数をこなす必要があるという経営の視点からもそれが求められます。

そのため、必要な事項が網羅されている、使いやすい、定型的な書式を利用することが推奨されます。書式は、介護保険や医療保険の通知等にもモデルが掲載されていますし、(公社)日本栄養士会や日本在宅栄養管理学会などの団体も提示していますので参考にしてください。

次のページから、通所・居宅サービスに適用できる「栄養スクリーニング」、「栄養アセスメント・モニタリング」、「栄養ケア計画書」の書式例を示します。

栄養スクリーニング（通所・居宅）（様式例）

記入者氏名 _____ 作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	要介護度	
	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (才)		特記事項：	

低栄養状態のリスクのレベル

実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
リスク	低・中・高	低・中・高	低・中・高	低・中・高
身長 (cm)	_____ cm	_____ cm	_____ cm	_____ cm
体重 (kg)	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg
BMI (kg/m ²)	(_____) リスク 低・中・高	(_____) リスク 低・中・高	(_____) リスク 低・中・高	(_____) リスク 低・中・高
体重減少率	か月に _____ % (減・増) リスク 低・中・高	か月に _____ % (減・増) リスク 低・中・高	か月に _____ % (減・増) リスク 低・中・高	か月に _____ % (減・増) リスク 低・中・高
血清アルブミン値 * (検査日)	_____ g/dl (/) リスク 低・中・高	_____ g/dl (/) リスク 低・中・高	_____ g/dl (/) リスク 低・中・高	_____ g/dl (/) リスク 低・中・高
食事摂取量	全体 _____ % 主食 _____ % 副食 _____ % (内容: _____) リスク 低・中・高	全体 _____ % 主食 _____ % 副食 _____ % (内容: _____) リスク 低・中・高	全体 _____ % 主食 _____ % 副食 _____ % (内容: _____) リスク 低・中・高	全体 _____ % 主食 _____ % 副食 _____ % (内容: _____) リスク 低・中・高
	栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法 リスク 中・高	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法 リスク 中・高	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法 リスク 中・高
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり リスク 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり リスク 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり リスク 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり リスク 高

※検査値がわかる場合に記入

<低栄養状態のリスクの判断>

上記の全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。

BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5~29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1か月に3~5%未満 3か月に3~7.5%未満 6か月に3~10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0~3.5g/dl	3.0g/dl未満
食事摂取量	76~100%	75%以下	
栄養補給法	/		経腸栄養法 静脈栄養法
褥瘡	/		褥瘡

栄養アセスメント・モニタリング（通所・居宅）（様式例）

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

（以下は、利用者個々の状態に応じて作成。）

実施日		年月日（記入者名）	年月日（記入者名）	年月日（記入者名）	年月日（記入者名）	
本人の意欲 ¹⁾ （健康感、生活機能、身体機能など）		[] ()	[] ()	[] ()	[] ()	
身体計測等	体重 (kg)	(kg)	(kg)	(kg)	(kg)	
	BMI (kg/m ²)	(kg/m ²)	(kg/m ²)	(kg/m ²)	(kg/m ²)	
	3%以上の体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ ヶ月)	
	血清アルブミン値 (g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))	
その他						
食生活状況等	食欲・食事の満足感 ²⁾	[]	[]	[]	[]	
	栄養補給の状況	食事摂取量	%	%	%	%
		・主食の摂取量	%	%	%	%
		・副食の摂取量	%	%	%	%
		・その他（補助食品、経腸 静脈栄養など）	()	()	()	()
	必要栄養量（エネルギー・たんぱく質など）	kcal g	kcal g	kcal g	kcal g	
	食事の留意事項の有無 （療養食の指示、食事形態、嗜好、禁忌、アレルギーなど）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
食事に対する意識 ²⁾	[]	[]	[]	[]		
他のサービスの使用の有無 など（訪問介護、配食など）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
その他（食習慣、生活習慣、食行動などの留意事項など）						
多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題） ³⁾						
①嚥下 ②口腔及び摂食・嚥下 ③嘔気・嘔吐 ④下痢 ⑤便秘 ⑥浮腫 ⑦脱水 ⑧感染・発熱 ⑨経腸・静脈栄養 ⑩生活機能低下 ⑪関じこもり ⑫うつ ⑬認知機能 ⑭医薬品 ⑮その他		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	
特記事項						
評価・判定	問題点 ³⁾	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	
	①食事摂取・栄養補給の状況 （補助食品、経腸・静脈栄養など）					
	②身体機能・臨床症状(体重、摂食 嚥下機能、検査データなど)					
	③習慣・周辺環境(食・生活習慣、意識、痛覚など) ④その他					
総合評価		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	
サービス継続の必要性		<input type="checkbox"/> 無（終了）		<input type="checkbox"/> 有（継続）		

1) 1 よい 2 まあよい 3 ぶつう 4 あまりよくない 5 よくない から[]へ該当数字を記入し、必要な事項があれば記載する。

2) 1 大いにある 2 ややある 3 ぶつう 4 ややない 5 全くない から[]へ該当数字を記入し、必要な事項があれば記載する。

3) 問題があれば、有 にチェックし、[]へその番号を記入。必要な事項があれば記載する。

※ 利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。

栄養ケア計画書 （通所・居宅）（様式例）

氏名	計画作成者: 所 属 名 :	初回作成日 : 年 月 日 作成(変更)日 : 年 月 日
医師の指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (要点 指示日 /)	
利用者及び家族の意向	説明と同意日 年 月 日	
解決すべき課題(ニーズ)	低栄養状態のリスク (低 ・ 中 ・ 高)	サイン
長期目標(ゴール)と期間	続柄	

短期目標と期間	栄養ケア(①栄養補給・食事、②栄養食事相談、③多職種による課題の解決など)	担当者	頻度	期間
特記事項				

栄養ケア提供経過記録

月 日	サービス提供項目

「在宅」という現場で働くために

「お邪魔する」という姿勢とマナー

療養者がわざわざ出向いてくる病院等では、療養者が医療専門職を主役と見がちな側面がありますが、療養者のお宅へ訪問するということは、間違いなく「療養者や家族が主役」ということになります。私たち管理栄養士はあくまで外部者であり、最初は一時的な訪問者として存在することになります。

そして、家にはその家のルールや文化があります。正しいことだからと言ってむやみに押し付けるような態度ではいけませんし、なにより、訪問者としてのマナーが求められます。さらに、家庭には医学書には載っていない事情もあります（後掲の事例参照）。そのようなものすべてをひっくるめての対応が求められます。

調理指導についてもその家なりのやり方で

調理指導についても、その家庭にある調理器具の使用が大前提となります。もちろん、必要に応じてより便利なものの購入を勧めることもありえますが、それは療養者の経済事情等も勘案して行うべきです。

家によっては、当たり前の調理器具がない場合もあるでしょう。それでも、その条件の中で何が行えるかを検討する姿勢が求められます。

常に評価を

在宅でなくてもそうですが、関係する専門職が一堂に会することの難しい在宅では特に、報告・連絡・相談・調整を心がける必要があります。

以下に、主要な事項を示します。

主治医への報告・調整が必要な事項

- ・緊急を要する状態の変化など
- ・次回診療時に考慮、説明してほしいこと

上記以外に報告・調整すべきこと

- ・栄養ケア以外のことで受けた質問、相談事項
- ・栄養ケアに関する他サービスでの状況確認
- ・他の関連職種のサービス提供で考慮してほしいこと
- ・他の関連職種のサービス提供に関わる情報
- ・療養者や家族（介護者）との間で起きたトラブルなど

他の関連職種への報告・調整が必要な事項

介護保険ではケアプラン全体に影響することも多いため、必ずケアマネジャーに状況・経過を報告しておく。

家族（介護者）への報告・調整が必要なこと

訪問時に家族（介護者）がいない（不在、別居等）場合は、電話、連絡ノートの活用などを考慮する。

家族（介護者）に報告・調整すべきこと

- ・訪問日程、実施内容などの変更
- ・新たに費用がかかること（栄養補助食品の購入など）
- ・療養者情報で確認したいこと

評価の内容

管理栄養士が行う評価

栄養ケア計画書で設定した長期目標・短期目標の期間が終了するときに評価を実施する。

評価事項

- ・長期目標・短期目標の達成度
- ・解決された課題、残された課題、新たな課題
- ・栄養ケア内容の妥当性
- ・他の関連職種（サービス）提供状況

他職種による評価

栄養ケア計画に対して、主治医や他職種からも評価を仰ぐ。必要に応じてケアマネジャーにサービス担当者会議を開催してもらい、今度の栄養ケアの方向性について他職種と検討することも必要である。

療養者・家族（介護者）による評価

栄養ケア計画について、当事者である療養者や家族（介護者）にも評価してもらう。

以上、駆け足で地域ケアの実務の概要とそこで役立つ知識等を紹介しました。（公社）日本栄養士会および日本在宅栄養管理学会（訪栄研）のホームページにも有用な情報が多数掲載されていますので、参照ください。訪栄研編集の『在宅での栄養ケアのすすめかた』（日本医療企画）も参照ください。

ケースでひもとく実践上の悩み

「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＝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。

関わりの概要

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。薄味のもの水っぽく感じ、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、寿司飯なら少量食べられる。

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、その商品を気に入って購入（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がありますが、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とうまくいく場合が多いかもしれません。

ケースでひもとく実践上の悩み

「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。

関わりの概要

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、家族は無理な延命は希望しておらず、自然な経過を望んでいた。頸部の腫瘤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：IIIa

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、その療養者に関わる医療・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。

ケースでひもとく実践上の悩み

「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

- 日頃から付き合いのある訪問看護ステーションから、麻痺があって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。

関わりの概要

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ることができた。このように他事業所とのか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、食事の中

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ましょう。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。

ケースでひもとく実践上の悩み

「こちらからの情報提供ができないのですが」

療養者のニーズをつかめば、できるはずです。

事例 4

療養者の生活状況を勘案し、 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。

関わりの概要

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、買い物には自転車か徒歩で行っている。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、左腸骨褥瘡、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：自歯。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を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。

ケースでひもとく実践上の悩み

「精神疾患への対応はしないほうがよいのでしょうか？」

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（ペムパル®アクティブ）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。

ペムパル®アクティブ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：寝返りは自立。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：バ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な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。

ケースでひもとく実践上の悩み

「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な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、気分によって食事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場合があります。在宅で共働する医師や看護師などとの十分な連携とリスクマネジメントを心がけましょう。

ケースでひもとく実践上の悩み

「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、栄養スクリーニングでは中リスク、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さんは誤嚥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

配食（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**：自歯

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ったと考えられる。

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も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。

ケースでひもとく実践上の悩み

「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回施設内で買い物ができる日に好物のバナナ、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うという。

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うようにした。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

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：IIb

ている様子。こんなにやる気になるとは……」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と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ことも考えられる。今後も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knowledge management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がけましょう。

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

I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な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、「できることだけでいいから、しっかり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、おおむね適切な食形態で、必要な栄養素量を確保できるようになり、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ので、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ったことに対して、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、その負担が大きくなっていた。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えた。

関わりの概要

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は可能であった。

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ー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えた。

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：寝返り・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：IIIa

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、「息切れしないような介護」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はできなかったため、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居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が」

キーパーソンがいなければ「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。
- たび重なる結婚歴、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。

関わりの概要

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い込んでいた。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、簡単な動作をすることもわからない。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：IIIa

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にしたヨガ呼吸法をKさんと一緒に習得してもらう、介護スタッフが組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。

ケースでひもとく実践上の悩み

「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。

関わりの概要

L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。食事でも自分で調理できず、用意してもらわなければ食べられない状況だった。また、L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、呼吸商に配慮した食事内容にすることが必要であった。BMIやIBW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、L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、これまでではおかし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、肺気腫
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

Lさんは多くの在宅サービスを利用していたため、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L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う（訪問看護師）、食べる姿勢（テーブルの位置・高さ）の調整、食べることに對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叶わ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、Lさんの食事に対する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、食思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。

ケースでひもとく実践上の悩み

「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、在宅患者訪問栄養食事指導が実践されている。
- 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(CS)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・介護関係者としてチームを組み、システム構築を行うことができれば、円滑な連携は可能である。

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食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ちであったのが、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となります。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です。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向上とともに、「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。

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
【委員会名簿】

事業検討委員会 (50音順)

遠藤 慶子 (社会福祉士)	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)	(公社)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、(公社)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、(公社)日本栄養士会 理事、 (公社)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

関連リーフレットのご案内

ご存知ですか？

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

栄養管理、低栄養の改善に

管理栄養士の訪問サービス

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お願いします



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

「私たち管理栄養士にお任せください」

公益社団法人 日本栄養士会

事業者向け

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

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

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



「最近、食欲がなくなった」
「最近、急にやせた」
「嘔吐ことや飲み込むことに
問題を感じる」

放っておくと、
介護や入院が必要な
状態になるかも
しれません

公益社団法人 日本栄養士会

利用者向け

どうぞご利用ください。

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

地域における訪問栄養食事指導ガイド

管理栄養士によるコミュニティワーク

平成27年3月

制作 ● 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
ホームページ <http://www.dietitian.or.jp>

制作協力 ● 日本在宅栄養管理学会

