

平成 24 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

『居宅療養管理指導のあり方に関する調査研究事業』

居宅高齢者の栄養ケア・マネジメントのための

居宅療養管理指導の実態把握とその体制に関する研究

報告書

平成 25 年 3 月

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

ご 挨拶

介護保険制度創設により、栄養管理を要する居宅要介護高齢者に対する管理栄養士による居宅療養管理指導の導入がされた。平成 17 年 10 月に導入された介護保険施設の食事料の全額自己負担化に伴う、栄養ケア・マネジメント制度の導入は、介護保険分野における低栄養問題の存在を社会的に明らかにし、その対応として高齢者の個別栄養ケアが社会的重要性の認識醸成に著しく貢献した。平成 18 年 4 月には、管理栄養士による居宅療養管理指導は、食事療法のみならず高齢者の個別の低栄養状態に対応した栄養ケア・マネジメントの提供に改正され、介護予防事業における栄養改善、病院の栄養管理実施加算制度、障害者自立支援法への栄養ケア・マネジメント制度普及という成果にもつながった。さらに、NST 制度の診療報酬制度への評価も、このような成果の延長線上にあると考えられる。

本学会は、学会事業として栄養ケア・マネジメントを担える臨床栄養師育成のための研修制度はじめ、管理栄養士のみならず医師、看護師、薬剤師等の病院の栄養サポートチーム研修制度を実施している。また、老人保健健康増進等事業として施設および在宅高齢者のための栄養ケアチームの育成（管理栄養士等 1,200 名）とその評価、通所サービスにおける栄養改善のあり方、さらには、施設及び在宅高齢者の栄養改善、認知症、摂食・嚥下障害、エンド・オブ・ライフなどの困難事例への有効な栄養ケア・マネジメントの具体的な取り組み方を提示し、施設及び在宅高齢者の栄養ケア・マネジメントの推進に寄与してきた。

本研究事業では、平成 37 年には 3,510 万人にまでに増大する在宅高齢者に対応するために、管理栄養士の居宅療養管理指導を利用可能なサービス資源へと再生するための制度政策論的アプローチのための緊急提言を行うことを目的とした。そのために、具体的には、Ⅰ．管理栄養士による居宅療養管理指導の実態分析、Ⅱ．管理栄養士による居宅療養管理指導のインタビュー調査による普及阻害要因の分析、Ⅲ．タウンミーティングから、1．有効事例からみたポテンシャルの分析、2．地域包括ケアシステムにおける栄養分野の居宅療養管理指導のシステム化、3．在宅支援診療所（在宅支援病院）等とのさらなる連携強化施策の検討、4．制度政策論的アプローチに関する提言を行った。

本研究成果が管理栄養士の居宅療養管理指導の量的拡大と質的向上に寄与し、今後の地域包括ケアシステムの一環として推進されることを願うものである。

平成 24 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分）

『居宅療養管理指導のあり方に関する調査研究事業』

居宅高齢者の栄養ケア・マネジメントのための居宅療養管理指導の実態把握とその体制に関する研究

委員長 小山 秀夫

平成 24 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分）

『居宅療養管理指導のあり方に関する調査研究事業』居宅高齢者の栄養ケア・マネジメントのための居宅療養管理指導の実態把握とその体制に関する研究班

委員長 小山秀夫（兵庫県立大学大学院教授）

「栄養領域の居宅療養管理指導の制度・政策検討委員会」

小山秀夫 兵庫県立大学大学院教授
太田貞司 聖隷クリストファー大学大学院教授
宇田淳 広島国際大学教授
加藤昌彦 椋山女学園大学教授
天本宏 天本医院院長
菊谷武 日本歯科大学教授
木村隆次 日本介護支援専門員協会会長
池端幸彦 池端病院理事長
佐藤悦子 愛全診療所
奥村真理子 梶原診療所
江頭文江 地域栄養ケア P E A C H 厚木

「研究推進委員会」

杉山みち子 神奈川県立保健福祉大学教授
宇田淳 広島国際大学教授
野地有子 千葉大学教授
杉森裕樹 大東文化大学教授
榎裕美 愛知淑徳大学准教授
合田敏尚 静岡県立大学教授
大木和子 昭和女子大学教授
高田和子 （独）国立健康・栄養研究所室長
早瀬仁美 福岡女子大学教授
渡邊美鈴 脳血管研究所美原記念病院栄養科長
三原法子 山形大学講師
澤井明香 神奈川工科大学准教授
藤谷朝実 横浜市東部病院栄養副部長
麻植有希子 静岡県立大学大学院
古賀奈保子 いばらき診療所
谷中景子 千春会病院

大久保陽子 マイライフ徳丸

矢野目英樹 相澤病院栄養科長

高橋加代子 九段坂病院

三橋扶佐子 日本歯科大学助教

実態調査オブザーバー 葛谷雅文 名古屋大学医学系研究科教授

研究補助者 片岡陽子 長瀬香織 神奈川県立保健福祉大学栄養ケア・マネジメント室

目 次

研究概要	1
I. 管理栄養士による居宅療養管理指導利用者の実態調査	19
II. 管理栄養士による居宅療養管理指導事例のインタビュー調査	43
III. 管理栄養士の居宅療養管理指導の推進に向けてのタウンミーティング	81
IV. 管理栄養士による居宅療養管理指導の展開に向けての提言	97

資料

リーフレット「管理栄養士による居宅療養管理指導とは」

研究概要

要約

本研究事業では、委員長のもとに検討委員会を設置し、平成 37 年には 3,510 万人にまでに増大する在宅高齢者に対応するために、管理栄養士の居宅療養管理指導を利用可能なサービス資源へと再生するために、1. 実態調査 2. 実施機関事例のインタビュー調査 3. タウンミーティングに関する以下の結果を踏まえて 10 の緊急提言を行った。

1. 管理栄養士による居宅療養管理指導を実施している 24 医療機関の 37 名の担当管理栄養士及び調査月 1 ヶ月間の担当利用者 251 名について郵送による留め置き式調査を行い、担当管理栄養士は訪問経験や取得資格等からキャリアの高い者であり、利用者 1 名当たり準備、移動、指導、連絡調整、報告書作成等を含めて平均約 2 時間半を費やし、1 日訪問件数 4 件が限界であった。利用者は要介護 4,5 の重度者や男性が半数近く、経口摂取 82.5%であったが、摂食嚥下障害重度化分類によって摂食・嚥下に何らかの問題が 68.4%、低栄養スクリーニング (MNA-SF) による低栄養のおそれのある者 43.0%、低栄養状態にある者 35.9%を合わせて 78.9%と多く、利用者・家族のうち食事内容や食事準備、治療食、食事形態等に不安や困っている者が 85.4%にも及んでいた。利用者 1 名に対しての管理栄養士の居宅療養管理指導による平均訪問回数は 31.2 回と長期にわたり、最大訪問回数は 250 回、平均 1 年以上継続していた。
2. 管理栄養士の居宅療養管理指導を実施している 22 医療機関の管理栄養士、医師、看護師、介護支援専門員、事務長・同次長、社会福祉士、言語聴覚士、歯科衛生士、介護職、歯科医師、薬剤師、作業療法士、摂食嚥下評価担当者の 95 名のインタビュー逐語録の文節の概要分類に基づいて 1. ニーズの見える化 2. 指導内容の質の向上 3. ケア内容の明確化 4. 管理栄養士の役割の構造化 5. 対象の構造化 6. 在宅ケアの担い手としての 2 つの専門能力「在宅ケア推進能力」と「臨床栄養師の能力」の育成 7. 組織変革型能力の育成 8. 介護保険制度の柔軟な運用が求められることを明らかにした。
3. 管理栄養士による居宅療養管理指導の推進することを目的に、タウンミーティングを京都府長岡京市と神奈川県横須賀市において試行し、管理栄養士の地域栄養ケア活動の周知、地域会議の場を提供、「地域栄養士連絡協議会」を設置への契機となったことから、今後、タウンミーティングによる地域介入の有効性を全国的に展開し検証していくことが求められた。以上の結果に基づいて 管理栄養士の居宅療養管理指導の量的拡大と質的向上のために、以下の提言をおこなった。

提 言

- (1) 管理栄養士の居宅療養管理指導に関する仕組みについて、医療従事者や介護保険事業者に一層の周知徹底が必要である。
- (2) 主任介護支援専門員および介護支援専門員に対する高齢者の栄養管理教育の一環として、摂食嚥下障害・栄養障害と健康障害（低栄養、誤嚥性肺炎、褥瘡、ADLの悪化、要介護度の悪化）の基礎教育と継続研修の充実が必要である。
- (3) 介護保険者（市町村）の介護保険担当者に対し、介護予防や重度化予防の観点から地域における栄養管理サービスに対する注意喚起が重要である。
- (4) 関連通知等の文章の内容について、より分かりやすい文章とし、Q&Aなどで具体的事例紹介や解説（例えば、「通院困難」とはどのような状態か等）が必要である。
- (5) 管理栄養士の医師・歯科医師・薬剤師・看護師・リハビリテーション職員・歯科医師・歯科衛生士との同行訪問について、規制緩和が必要である。
- (6) 管理栄養士の訪問可能回数は、1日に平均4回程度であり、介護報酬上の評価について、利用者の実態に加えて経営実態の詳細な調査が必要である。
- (7) 平成24年4月から任意に開始された「介護予防・日常生活支援総合事業」の配食事業に必要な応じて高齢者栄養管理に精通した管理栄養士の関与が必要である。
- (8) 管理栄養士には、「在宅ケア推進能力」と「臨床栄養師の能力」向上についての管理栄養士養成課程、国家試験の見直し、初任者研修、継続研修の一連の生涯教育体制の確立が必要である。
- (9) 地域包括支援センターに管理栄養士の関与（配置）を義務化する必要がある。
- (10) 地域医療を担当する医師・訪問看護師・主任介護支援専門員および介護支援専門員と管理栄養士の連携強化が重要であることから、今後、管理栄養士を地域会議のメンバーに加えることが必要である。

平成37年 3,510万人にまでに増大する在宅高齢者に対応するため 管理栄養士の居宅療養管理指導を利用可能なサービス資源へ再生する

I. 24医療機関の37名担当管理栄養士調査月1ヶ月間の担当利用者251名郵送による留め置き式調査

1. 管理栄養士: 高いキャリア (臨床栄養師、栄養サポートチーム専従要件、介護支援専門員資格等)
2. 利用者: 要介護4, 5:50.0%、男性45.0%、経口摂取者82.5%、摂食・嚥下問題者(重症度分類)68.4%、低栄養(MNA-SF)78.9%、食事の不安・困難の訴え者85.4% 利用年数平均1年以上
3. 業務時間: 利用者1名当たり総時間(準備、移動、相談、連絡調整、報告書作成等)2時間半、1日3~4件

II. 22実施医療機関の管理栄養士、医師、看護師、介護支援専門員、事務長・同次長、社会福祉士、言語聴覚士、歯科衛生士、介護職、歯科医師、薬剤師、作業療法士、摂食嚥下評価担当者95名の訪問インタビューから分析

1. ニーズの見える化 ←利用者ニーズは高いが、介護支援専門員、医師、看護師の理解が低い
2. 指導内容の質の向上←管理栄養士には病院での栄養管理やNST経験等が必要
3. ケア内容の明確化 ←成功事例において血糖コントロール、食事量改善、食形態対応、褥そう治療、経口移行等
4. 管理栄養士の役割の構造化←直接的栄養ケアと介護支援専門員等への教育の間接ケアを担当
5. 対象の構造化 ←重度化した要介護高齢者及び介護予防対象者への早期把握と栄養ケア介入
6. 「在宅ケア推進能力」と「臨床栄養師の能力」の育成 ←管理栄養士を在宅ケアの担い手として養成
7. 組織変革型能力の育成← 管理栄養士には個人の専門能力と地域・組織を変革させる能力が必要
8. 介護保険制度の柔軟な運用← 関連通知の理解困難、医療機関からの容易な加算請求、同行訪問の推進、食生活確保のために配食事業との連携推進など

III. 長岡京市、横須賀市でのタウンミーティングから

1. 管理栄養士の地域栄養ケア活動への位置づけ
2. 地域会議の場提供と管理栄養士の位置づけ
3. 「地域栄養士連絡協議会」によるネットワークの構築
4. タウンミーティングによる地域介入の有効性検証

提言(I II III :との関係)①一層の周知徹底(II 1) ②主任介護支援専門員・介護支援専門員に対する栄養管理教育の充実(I 2, II 1, 4, 5, III 1, 2) ③介護保険者、担当者への注意喚起(I 2, II 1) ④関連通知文章での事例紹介、解説(II 1, II 8) ⑤同行訪問の規制緩和(II 6, 8) ⑥経営実態調査の必要性(I 3, II 8) ⑦介護予防・日常生活総合事業(配食事業等)への管理栄養士の関与(I 2, II 6, 8) ⑧養成・国家試験の見直し、初任者研修、継続研修等生涯教育体制(I 1, II 2, 3, 4, 5, 6) ⑨地域包括支援センターに管理栄養士の関与を義務づける(I 2, II, III) ⑩地域会議のメンバーに管理栄養士を位置づける(I, II 1, 3, 7, III)

平成24年度老人保健健康増進等事業:「居宅療養管理指導のあり方に関する調査研究事業」・居宅高齢者の栄養ケア・マネジメントのための居宅療養管理指導の実態把握とその体制に関する研究・ 日本健康・栄養システム学会

本研究事業では、平成37年には3,510万人にまでに増大する在宅高齢者に対応するために、管理栄養士の居宅療養管理指導を利用可能なサービス資源へと再生するための制度政策論的アプローチのための緊急提言を行うことを目的としている。

居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導（以下「居宅療養管理指導等」という。）は、病院・診療所・薬局の医師などが、通院困難な要介護者等の自宅を訪問して、療養上の管理及び指導を行うものである。サービス内容に応じて、①医師、歯科医師、②薬剤師、③管理栄養士、④歯科衛生士等、⑤看護職員が担当する。

医師又は歯科医師の判断に基づいて行われるため、介護保険の他サービスとは異なり、ケアマネージャーが作成する居宅サービス計画での位置付け（支給限度額管理）の対象とはならないが、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」、「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る多介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」（以下「指定基準」という。）に従ったサービス提供が必要である。また、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」に基づく介護報酬算定が必要である。

病院、診療所、薬局は、介護保険法第71条第1項（法第115条の11により準用される場合を含む。）により、保険医療機関または保険薬局である場合は、介護保険の指定事業所としてみなされる（みなし指定）。みなし指定を希望しない場合は、保険医療機関等の指定を受ける際に県庁高齢社会課にみなし不要申出書を提出する。みなし指定を再度希望する場合は、みなし指定を不要とする旨の申出の取り下げ書を提出する。指定（介護予防）訪問看護ステーションが保健師、看護師又は准看護師による（介護予防）居宅療養管理指導を行う場合には、（介護予防）居宅療養管理指導について、法第70条の指定居宅サービス事業者の指定が必要となる。

管理栄養士が行う居宅療養管理指導等は、特別食を必要とする利用者や低栄養状態にある利用者に対して、管理栄養士が、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、利用者の居宅を訪問し、栄養ケア計画を作成し当該計画を患者またはその家族に対して交付するとともに、当該栄養ケア計画に従った栄養管理に係わる情報提供および栄養食事指導または助言を30分以上行った場合に、1月に2回を限度として算定できるものである。

本研究事業では、Ⅰ.管理栄養士による居宅療養管理指導の実態分析、Ⅱ.管理栄養士の居宅療養管理のインタビュー調査による普及阻害要因の分析、Ⅲ.タウンミーティングから1.有効事例からみたポテンシャルの分析、2.地域包括ケアシステムにおける栄養分野の居宅療養管理指導のシステム化、3.在宅支援診療所（在宅支援病院）等とのさらなる連携強化施策の検討、4.制度政策論的アプローチに関する提言を行った。

I. 管理栄養士による居宅療養管理指導利用者の実態調査

管理栄養士による居宅療養管理指導利用者の摂食嚥下障害・栄養障害の状況や管理栄養士による取り組みについて明らかにし、今後の段階の前向き調査により、摂食嚥下障害・

栄養障害と健康障害（低栄養、誤嚥性肺炎、褥瘡、ADLの悪化、要介護度の悪化）の経時的変化を観察し、管理栄養士の居宅療養管理指導の効果について検討することを目的とした。

日本健康・栄養システム学会により認定された臨床栄養師 240 名に対し、メーリングリストを用いて、「管理栄養士による居宅療養管理指導」を実施している医療機関として申し出のあった、あるいは紹介された 37 医療機関のうち研究協力の同意が得られた 24 医療機関（東京都 6 施設、神奈川県 5 施設、千葉県 2 施設、茨城県 2 施設、埼玉県 1 施設、愛知県 1 施設、富山県 1 施設、石川県 1 施設、京都府 2 施設、福岡県 1 施設、山梨県 1 施設、兵庫県 1 施設）の 37 名の管理栄養士を対象とし、管理栄養士の特性について調査票を用いた郵送留め置き式調査を実施した。また、葛谷らにより作成された調査票を同様に郵送留め置き、事前に申告のあった調査月に担当した 65 歳以上の管理栄養士による居宅療養管理指導利用者 361 名のうち 251 名を回収し基本集計を行い、以下の結果を得た。なお、当該研究は、神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会及び協力病院の研究倫理審査委員会の承認を得て行われた。

(1) 居宅療養管理指導を担当する管理栄養士の特性

① 24 医療機関 37 名の居宅療養管理指導を担う管理栄養士の管理栄養士としての経験年数は平均 15.1 年、居宅療養管理指導経験年数は平均 4.4 年、介護保険制度施行前から訪問栄養食事指導に携わっていた管理栄養士 5 名が含まれ、在宅訪問の経験が長い者が多かった。また、非常勤 40.5%、病棟や外来等他部署との併任 21.6%、専任は 37.9%と少なかった。

② 管理栄養士は、インターン研修制度（100 時間の講座と 900 時間のインターン研修）による当該学会認定臨床栄養師（病院栄養サポートチーム加算取得）37.8%、学会等研修によって栄養サポートチーム加算要件を満たす者も 21.6%、介護支援専門員 24.3%が含まれ、専門職としてのキャリアがあった。

(2) 管理栄養士の居宅療養管理指導の取り組み

① 管理栄養士 1 名当たりの調査月 1 か月間の居宅療養管理指導の加算取得平均人数 9.2 名、平均延べ人数 11.8 名、1 日の訪問件数は平均 2.0 件であったが、調査月 1 か月間の最大加算取得人数 39 名、最大平均延べ人数 50 名、また、1 日の最大訪問件数は 5 件で、1 か月 280,500 円の収益を上げる者もあった。

② 食事を「すべて把握している」「ほぼ把握している」を合わせて 97.1%、具体的な指導内容は、調理法 86.5%、食事の形態 83.8%、栄養素摂取量 83.8%、とろみ剤の使用 70.3%、食欲不振への対応 70.3%などであり、BMI の把握は全員、食事摂取状況の把握は 94.6%で行われ、簡便なスクリーニング方法の利用は MNA-SF40.5%、SGA18.9%、摂食嚥下障害の判定については「すべて把握している」42.9%、「一部把握できている」54.3%であり、「摂食嚥下障害があった場合に嚥下造影検査のできる病院への受診を勧める」が 18.9%と、地域病院における摂食嚥下評価の取り組みやそのための病診連携が未だ十分に行われていない状況を反映して

いた。

③管理栄養士が利用者について相談する身近な職種は、介護支援専門員 86.5%、医師 83.8%、訪問看護師 64.9%であり、一方、管理栄養士が利用者について相談を受ける職種として介護支援専門員 81.1%、訪問看護師 67.6%、医師 62.2%であった。杉山らの平成 24 年度の調査では、横須賀・三浦地区の介護支援専門員 80 人のうち相談できる管理栄養士が身近にいる者は 34.6%にすぎなかったことから比べると、居宅療養管理指導を担当する管理栄養士は介護支援専門員をはじめとする他職種との相談がよく行われていた。

(3) 利用者の特性、摂食嚥下障害、低栄養状態等

①管理栄養士による居宅療養管理指導の利用者は、平均年齢 79.6 歳、男性 45.0%、女性 55.0%と男性が半数近く含まれ、要介護 4、5 の重度化した者が 50.0%を占め、独居 16.2%、配偶者の健在な者 50.8%、脳血管疾患障害 43.0%、片麻痺 38.4%、明らかな認知症が 37.8%にみられた。

②①の利用者は経口摂取が可能である者が 82.5%と多いものの、普通食は 51.4%にとどまり、摂食嚥下障害重度化分類によって摂食・嚥下障害に関する何らかの問題が 68.4%にも見られた。また胃瘻管理 17.1%、経管栄養法 8.0%、中心静脈栄養 0.8%、褥瘡管理 9.6%等の医療措置を必要としており、MNA-SF による低栄養のおそれのある者 43.0%と低栄養状態にある者 35.9%を合わせて 78.9%にも及んでいた。

②利用者・家族のうち、食事内容や食事準備、治療食、食事形態等に不安や困っている者が 85.4%にも及んでいた。

(4) 利用者に費やされた訪問回数と業務時間

上記(3)の利用者 1 名に対しての管理栄養士の居宅療養管理指導による平均訪問回数は 31.2 回と長期にわたっており、最大訪問回数は 250 回にも及んでいた。これは、1 か月 2 回訪問したとしても管理栄養士による居宅療養管理指導が平均して 1 年以上継続していることを示していた。

管理栄養士が居宅療養管理指導に費やす時間は、利用者宅における平均指導時間は 53.2 分、平均移動時間 34.2 分、情報収集等準備時間 26.6 分、指導後の平均帳票記載時間約 28.0 分、他職種への連絡調整時間約 19.6 分であり、1 名の利用者に費やす時間は 2 時間 30 分を超えることが明らかになった。この業務時間は、調査月 1 か月間の延べ訪問件数が 20 件以上の管理栄養士においても同様に 2 時間を越えていた。それゆえ、1 日の訪問件数は多くても 3~4 件程度が限界であった。

以上の結果よりまとめを行った。

①居宅療養管理指導実施事業所や担当の管理栄養士を網羅している公表された情報は殆どなく、対象者の選択は自己申告や推薦によるバイアスのあるものとなった。しかし、管理栄養士の居宅療養管理指導 I の 1 か月の請求事業所が約 140 事業所、受給者数約 660 名

(厚生労働省介護給付実態調査 平成 24 年 4 月) とすれば、対象事業所数は約 17%、対象者数ではその 38%程度に相当する。今後は、地域の管理栄養士の居宅療養管理指導実施事業所や担当の管理栄養士を「見える化」していくことが求められる。

②対象となった管理栄養士は居宅療養管理指導の経験年数を積んだ者、栄養サポート・チームの資格要件を満たしている者、インターン研修経験を有するなどの臨床栄養の研鑽を積んでいる者が多く、実際の指導内容は、調理方法や食事内容、食事形態などの具体的な内容であり、食べることを本人・家族が在宅で実施可能なことへの落とし込みが行われていた。このような管理栄養士のキャリアは、利用者に管理栄養士の居宅療養管理指導が受容され 1 年以上継続できていたことや介護支援専門員、医師、訪問看護師等の関連職種とよく情報連携体制が取られていたことにも反映していた。さらに、このことは、居宅療養管理指導を担う管理栄養士の今後の教育・研修のあり方の指針となる一方、対象となった管理栄養士には指導者としての役割が期待された。

③利用者の特性は、施設入所高齢者に比べて男性が多いこと、また、経口摂取が可能であっても摂食嚥下機能に問題がある者、低栄養のおそれや低栄養にある者、本人・家族に食事への不安がある者が大多数であること、さらには、血糖コントロール、経管栄養、褥瘡等の対応が必要な者であり、管理栄養士の居宅療養管理指導が必要とされていた。このような在宅サービス利用者に対して管理栄養士は医師の指示を得るための依頼を行い、他職種から情報を収集し、訪問先の高齢者や家族の話を傾聴し、個別に見合った食事の提供や調理法について丁寧なアドバイスを行い、終了後も詳細な報告書の作成や他職種への連絡調整が行われていることが推察された。しかし、本業務の効率化を行い、より多くの高齢者に対応すること、あるいは、重点的に丁寧な対応を行う場合と他職種へのコンサルテーションを行う場合などに適切に振り分ける仕組みづくりや、簡便で適切な報告の方法などを検討し、今後、地域において増大する在宅サービス利用者に効率的に対応できる管理栄養士の栄養ケア・マネジメントのあり方を検討し、検証していくことが求められた。

④本調査の協力医療機関において、管理栄養士の居宅療養管理指導の対象者を把握するために、退院時や訪問診療の高齢者全員について栄養スクリーニングがなされ、低栄養状態、摂食嚥下障害あるいは治療食の必要性が把握されているわけではない。管理栄養士による居宅療養管理指導の導入は、医師の判断や訪問看護師や介護支援専門員の依頼によって医師の指示が得られた、限られた人数である。実際には、在宅の通所困難な高齢者において低栄養状態や摂食嚥下障害にある者、あるいは治療食を要する者は膨大な数に及ぶものと推察される。地域包括ケアシステムにおいては高齢者の生活を支えることが基盤である。生活基盤の中心は食生活であることから、地域包括支援ケアセンターや介護支援専門員には、在宅サービス利用者全数に対して、低栄養、摂食嚥下障害、治療食を必要とする者を把握する体制が求められる。また、介護保険施設と同様に、在宅サービス利用高齢者に対して管理栄養士を医療機関等に常勤雇用して居宅療養管理指導を含めた在宅栄養ケア・マネジメントを運営できる体制づくりが求められる。

II. 管理栄養士による居宅療養管理指導事例のインタビュー調査

日本健康・栄養システム学会が育成した臨床栄養師の所属する管理栄養士による居宅療養管理指導を実施している施設あるいは臨床栄養師が推薦する実施している医療機関の院長、管理栄養士、管理栄養士が栄養ケアに関する情報交換や連携している看護師、介護支援専門員、摂食嚥下機能評価担当者等を対象とした個別及びグループインタビュー調査から、1. 管理栄養士の居宅療養管理指導について探索的に把握される課題、2. 管理栄養士の居宅療養管理指導の事例分析による普及阻害要因、3. 有効事例からみた栄養分野の居宅療養管理指導のポテンシャルについて検討することを目的とした。

日本健康・栄養システム学会に認定された臨床栄養師 240 名に管理栄養士による居宅療養管理指導を実施の申告あるいは推薦を得た 40 の医療機関のうち郵送による協力依頼を行い承諾の得られた 22 施設全 95 名、職種別には管理栄養士 31 名、医師 20 名（うち院長：10 名 理事長：1 名）、看護師 15 名、介護支援専門員 13 名、事務長・同次長 4 名、社会福祉士 2 名、言語聴覚士 2 名、歯科衛生士 2 名、介護職 2 名、歯科医師 1 名、薬剤師 1 名、作業療法士 1 名、摂食嚥下評価担当者（職種不明）1 名を対象とし、熟練者である野地有子から事前のトレーニングプログラムを受けた協力研究者が、インタビューガイドを用いた 2 時間 30 分程度の訪問インタビューを行い、録音テープから作成した逐語録に基づいて、インタビューガイドの項目に沿って内容をまとめたうえで、その概念化を行なった。本研究は神奈川県立保健福祉大学研究倫理委員会に申請し承認を得た。

22 施設 95 名から得られたインタビューから作成された逐語録の文節の概要を(1)ニーズについて（院長、他職種から）(2)対象者の把握とその後の流れについて (3)カンファレンス（担当者会議）について (4)モニタリングについて (5)管理栄養士が居宅療養管理指導にあたり配慮していること (6)成功事例 (7)管理栄養士への他職種からの要望 (8)他職種との連携 (9)退院から在宅への継続性 (10)地域包括ケアシステムの一環としての展開のために (11)介護報酬制度の課題 (12)教育・研修のあり方 (13)その他の加算が伸びない理由に文節を分類し、以下の結果を得た。

(1) ニーズについて（院長、他職種から）

退院後及び在宅高齢者の療養の基本に栄養サポートのニーズが高いことが示され、管理栄養士の居宅療養管理指導の導入によって対応していることが明らかになった。具体的に管理栄養士の居宅療養管理指導が寄与する内容も明らかになり、それらは、患者の低栄養の改善、褥瘡、摂食嚥下障害、糖尿病及び腎臓病等の栄養療法の必要性、独居及び老老介護の高齢者の食形態や粗食への対応等であった。

これらのニーズは、在宅での日常生活の中に埋没し、潜在的な健康問題や疾患の再発、入退院の繰り返しに関連していてもリスクとして認識されることが少ない。患者や家族だけでなく、在宅ケアに携わる介護支援専門員や医師、看護師等における栄養ニーズに関する理解が十分でないといえる。インタビューの中に栄養必要度などの提言もあったよう

に、ニーズの見える化が焦眉の急である。

在宅医療では、“誰かが訪問して様子を見ること”が第一であり、在宅ケアチームの充実のためにも管理栄養士の活躍が期待された。

(2) 対象者の把握とその後の流れについて

対象者の把握方法は多様であったが、主に、退院から継続する対象者と在宅で過ごして問題が把握される対象者の 2 本立てが示された。どちらにおいても、対象の抽出がうまくいっていない点があげられた。医療機関からの場合、栄養と食べることに関する情報は、NST から在宅ケアにつながらないことが多く、在宅への移行時の必須情報になっていないといえる。入院中は疾患中心の療養管理といえるが、在宅では生活中心の療養管理となるため、栄養と食べることに関する情報は第一義的に重要になる。このギアチェンジの必要性や、情報の重みづけの変換についての認識が低いままであるといえる。

摂食嚥下などはアセスメントが難しく、ケアスタッフが気づいて発信地になることもあり、管理栄養士自身の気づきやアセスメントが重要となる。低栄養状態や摂食嚥下障害などについてのスクリーニングにおいては、管理栄養士による根拠に基づく対象者の把握を全例で実施することは難しいため、介護支援専門員や多職種が簡便に把握できる体制も求められており、管理栄養士のリーダーシップが求められている。すなわち、管理栄養士においては、在宅療養管理における栄養と食べることに関するマネジメントにも関心をもち、個別への直接ケアだけでなく、多職種の教育や利用者と家族の教育も期待される。

(3) カンファレンス（担当者会議）について

ケアカンファレンスにおける管理栄養士のプレゼンスは低い実態が示された。先に述べたように、在宅療養における栄養と食べることに関する情報の重要性は、入院時に比べて増加しており必須情報となるため、居宅療養管理指導を担当している管理栄養士の参加が求められる。栄養と食べることに関する情報は、見えにくく、カンファレンス参加者の意識も高いとは言えない現状があるため、事例に即して、提示する工夫が必要といえる。

(4) モニタリングについて

モニタリングで継続することが、居宅療養管理の強みである。アセスメントからモニタリング、評価の一連の栄養ケア・マネジメントのプロセスはらせん状に展開されるので、モニタリングの際に、新たな問題がアセスメントされる場合もある。特に高齢者においては居宅療養に関する生活面を含んだアセスメントは 1 回の訪問で完了することが難しく、信頼関係の構築も必要なため、個別性を踏まえたモニタリングの継続が重要である。

モニタリングの実態は、平均月 1 回、気になる患者には月 2 回、あるいは 1 か月 1 回のカンファレンスを行っている診療所がみられた。また、在宅療養高齢者の食生活支援が目的であれば 6 か月間が 1 クールでよいという意見がみられ、頻度は状態に応じて個別対応

が求められる。

(5)管理栄養士が居宅療養管理指導にあたり配慮していること

管理栄養士が居宅療養管理指導の実施にあたって配慮していることは、

1. 受け入れてもらい信頼してもらうこと（病院の栄養士のイメージからの脱却）
2. 地域の文化や生活習慣・環境に見合った食事内容の工夫
3. 摂食嚥下機能のレベルに適応した食事形態の工夫
4. 介護者の経済能力や介護力に見合った食物選択や料理法のアドバイスであった。

栄養相談の基本となるのは臨床栄養であり、介護支援専門員、薬剤師、介護職、訪問看護師との情報交換や協働する努力もみられた。

(6)成功事例

多くの成功事例が、管理栄養士だけでなく関連した多職種から示された。成功事例を積み重ねて管理栄養士の居宅療養管理指導を他職種が理解し、管理栄養士を信頼していくことが推進につながる。主な事例は、血糖コントロール、食事量、体重や血清アルブミン値の改善、褥瘡の治癒、経口移行、排便のコントロールによる訪問リハビリテーション時間の延長、座位保持時間、透析導入の延長、在宅生活の継続、食事量の増加、人間らしい生活への回帰などであった。また、家族が食事をつくれるようになったこと、家族の喜ぶ姿なども示された。特に、とろみの量の工夫などの食形態の支援は、他の職種では提供が難しい専門的知識であり、むせの予防に効果が見られた。

成功体験は、利用者や家族だけでなくケア提供者をまきこんで、関係者をエンパワーメントするので、居宅療養支援事業にとって大きな推進力となる。成功事例の情報発信は重要であり、成功した要因の分析等が今後の課題といえる。

(7)管理栄養士への他職種からの要望

管理栄養士への他職種からの希望は、

1. 管理栄養士がどこにいて、何をしてくれる人かわかるようにしてほしい
 2. 成功事例を共有化して、その有効性をわかるようにしてほしい
 3. 在宅の生活をよくみて、病院栄養士によくある厳しい制限指導をしないでほしい
 4. 居宅療養者が適切な食物を選び食べることができるようにしてほしい
 5. 管理栄養士も訪問するのであれば、医療者の一人と家族はみなすので、高齢者の全身をみて、血圧、胸の音、誤嚥、肺炎になっているか、排便状況などがわかって対応したり、適切に報告してほしい
 6. 管理栄養士自身が高齢者のためにアセスメントし、医師に指示を勧告するような力をつけて自立してほしい
- などの希望や期待があげられた。

今回のインタビューでは、先駆的に実績をあげている全国の居宅療養指導実施施設であったので、他職種はある程度、管理栄養士の活動やその効果を評価しているグループであるといえる。上記は他職種も努力している項目といえるので、これらの希望に応えるためにも、他職種と連携して実践力を伸ばしていくことが期待される。

(8)他職種との連携

他職種との連携で課題にあげられたのは、

1. 地域で訪問している管理栄養士の存在がわからない（どこにいて、何をしてくれるのか不明）。特に、病院以外の地域の関連職種には伝わっていない
2. 歯科治療、口腔ケア、訪問リハビリテーション担当者は、管理栄養士の居宅療養管理指導との連携協働を希望しているが、簡便に管理栄養士の訪問依頼や同行訪問がしにくい
3. 看護師や介護職は、栄養・食事の専門職として管理栄養士が入ることの必要性を認識する必要がある

他職種との連携で効果がみられたのは、

1. 介護職が、管理栄養士のコンサルテーションによって食物選択や調理等を行うことや配食サービスの導入によって問題解決が図られた
 2. ある地域では介護サービス事業所連絡協議会が一括して作成した連絡帳の活用で家族や担当職種間の連絡を密にとるようになった
- などがあげられた。

他職種の連携では、利用者と家族を中心に、連携をすすめることが基本である。

(9)退院から在宅への継続性

退院から在宅の継続性は、シームレスであることが求められるが、利用者や家族だけでなく、多職種のケア提供者にとっても、療養の場が変わるだけでなく、優先事項や価値観も変化するので、継続性の確保は難しい課題である。

管理栄養士が居宅療養指導を推進するためには、インタビュー結果にもあるように、退院時指導から管理栄養士の居宅療養管理指導へと繋ぎ退院後の生活を実際に把握した指導を行っていくことが求められていた。

管理栄養士が、栄養と食べることに関する情報やアセスメントの視点を、この移行期に見える化できれば、退院から在宅への継続性を確保することに大きく貢献できるといえる。

退院時サービス担当者会議には、管理栄養士の存在がはずせない状況をつくることが求められる。

(10)地域包括ケアシステムの一環としての展開のために

地域包括ケアシステムの一環として点在している管理栄養士による居宅療養管理指導を地域単位の広がりにしていく地域活動が必要であることが指摘されていた

そのためには、

1. 各市町村における地域包括ケアセンターに管理栄養士による相談窓口を設置する
2. 市町村の医療・介護のネットワーク、ケアタウン構想などの今後の地域包括ケアシステムの推進のための仕掛けのなかに管理栄養士による居宅療養管理指導などの訪問の相談窓口と機能を位置づける
3. 市町村別に管理栄養士も病院・施設・在宅を繋ぐネットワークを構築していくことが求められていた

上記を推進するためにも、管理栄養士のキャリアパスを構築し、居宅療養管理指導により個別のケアを提供する者に加えて、地域の栄養管理を実践できる人材の育成も求められる。

(11) 介護報酬制度の課題

現行の管理栄養士による居宅療養管理指導の制度についての問題と課題には、

1. 介護保険請求の経験のない医療機関における介護保険請求の煩わしさ
2. 管理栄養士による居宅療養管理指導を導入している診療所が他の診療所からの依頼を受けられるかどうか地域によって異なること
3. 医師と管理栄養士が同行訪問すると加算算定できないこと
4. 初回契約時の管理栄養士による訪問が加算対象とならないこと
5. 居宅サービスを利用している在宅高齢者全員に低栄養状態や摂食嚥下障害のレベルの把握を行うために、介護支援専門員による低栄養のリスク把握（スクリーニング）がケアマネジメントに位置づけられること
6. 管理栄養士による居宅療養管理指導の導入が困難な地域においても、市町村が地域包括支援センター等に在宅高齢者が管理栄養士による訪問相談が受けられる体制づくりを行うこと
7. 利用者の立場にたって出された意見では、1割負担（530円）のことがあげられた。

栄養指導に対して支払う金額が、利用者にとっては負担になる事例もあげられており、サービス提供する管理栄養士のコスト意識も求められる。

(12) 教育・研修のあり方

管理栄養士の基礎教育に在宅栄養ケアや管理栄養士による居宅療養管理指導が含まれることや、在宅訪問の臨地実習もカリキュラムに位置づけられる必要性が示された。初任者や継続教育では、同行訪問や事例検討、経験者のメンターを持つなど、キャリア開発の支援が求められる。さらに、専門的教育・研修に加えて、在宅ケアを支える専門職としての能力開発も求められる。居宅療養管理指導を行う管理栄養士には、「在宅ケア推進能力」と「臨床栄養師の能力」の両方が求められるといえる。

居宅療養管理指導を推進するためには、上記に述べた2つの方向性の教育・研修によって

個人の能力を高めつつ、さらに研修においては「組織変革を推進する能力」開発も求められる。

以上により、居宅高齢者の栄養ケア・マネジメントのための居宅療養管理指導の実態についてインタビュー調査を行なったところ、今後の推進のために、以下の課題があげられた。

1. ニーズの見える化

管理栄養士による居宅療養管理指導の対象の抽出（スクリーニング）を行い、根拠をもって在宅医療専門医や他職種・患者・家族へ栄養ケアの必要性を提示していく。そのために、ニーズの「見える化」が必要である。成功事例を活用することは、単なる数値の提示でなく、ストーリーとしてわかりやすく有効である。

2. 指導内容の質の向上

病院で栄養指導、NST等の栄養管理を経験した管理栄養士が在宅へ関わり、指導内容の質の向上を図る。

3. ケア内容の明確化

管理栄養士による居宅療養管理指導の効果を明らかにするためには、ケア内容を明確にする必要がある。成功事例から明らかになったケア内容は、

- ① 血糖コントロール
- ② 食事量が増えたこと
- ③ むせに対する食形態の調整
- ④ 体重や血清アルブミンの改善
- ⑤ 褥瘡の治癒
- ⑥ 経口移行
- ⑦ 排便のコントロールによる訪問リハビリテーション時間の延長
- ⑧ 座位保持時間
- ⑨ 透析導入の延長
- ⑩ 在宅生活の継続
- ⑪ 人間らしい生活への回帰
- ⑫ 家族が食事をつくれるようになったこと

などがあげられた。これらは、他の職種では提供が難しい専門的知識と技術である。

4. 管理栄養士の役割の構造化

居宅療養管理を担う管理栄養士のマンパワーは多くない。そこで、直接ケアを行う管理栄養士に加えて、介護支援専門員など他職種への教育を担う間接ケアを行う管理栄養士も求められる。この2つのケアサービスは専任ということに限らず、一人の管理栄養士が実施する専門機能とも考えられる。すなわち、1年間の仕事時間の配分のうち、キャリアを積んだ者であれば、直接ケアと間接ケアの両方を適切な割合で実施できる。管理栄養士の間接ケアによって、地域の在宅ケアサービス全体の質の向上にも寄与できる。

5. 対象の構造化

居宅療養管理指導は介護保険制度によって運用がされており、利用者の多くは介護度の高い層であり、今回の調査対象もこの層にあたると思われる。しかし、介護保険制度においては介護予防も重要な柱となっていること、高齢者における低栄養の出現率は介護度にかかわらずみられることから、高齢者全体に対する栄養と食べることの支援は公衆栄養の点からも重要である。

そこで、対象の構造化を図ることが求められる。居宅療養管理指導による個別ケアに加えて、これらの個別ケアから蓄積されたエビデンスや知識・技術をもとに、介護予防に資する公衆栄養の展開が求められる。

6. 在宅ケアの担い手としての2つの専門能力の育成

居宅療養管理指導を行う管理栄養士には、「在宅ケア推進能力」と、「臨床栄養師の能力」の両方が求められる。

7. 組織変革型能力の育成

居宅療養管理指導を行う管理栄養士は、個人の能力を伸ばすだけでなく、組織変革を推進する能力の育成が求められる。個人の能力獲得だけでは、在宅ケアの推進は困難であり、組織変革型能力を育成するための、教育・研修が必要である。

8. 介護保険制度の柔軟な運用

管理栄養士による居宅療養管理指導の介護保険制度での運用は、地域による対応の違いなどもみられるが、介護予防や重度化予防の観点からも極めて有効な対応である。しかし、実施回数は低迷しており、実態にみあった柔軟な運用が求められると言える。

介護保険上の最大の課題は、平成37年までに地域包括ケアシステムを確立することにある。地域包括ケアの目標は、住居の種別(従来の施設、有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅、自宅)にかかわらず、おおむね30分以内(日常生活域)に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービス場所の提供、権利擁護関連の支援、生活支援サービス、家事援助サービス、身体介護、ターミナルを含めた訪問診療・看護・リハビリテーションなどのサービスが個々人のニーズに応じて切れ目なく総合的かつ効率的に提供される。24時間365日を通じて利用しながら、病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続することを可能にすることにある。

地域高齢者住民の日常生活の基本は食事の確保と適切な栄養管理にある。それゆえ、公衆栄養の観点からの配食、管理栄養士による居宅療養管理指導や医療保険の訪問栄養指導などのサービス体制を地域に確立する必要がある。居宅療養管理指導が量的に拡大せず質的な向上が必ずしも確保できていないのは、明らかに地域で活動する管理栄養士の不足にある。

介護保険制度の創設は、介護保険施設の増加などにより、高齢者の栄養管理に専門知識と技術を有する管理栄養士の量的拡大が結果的に求められた。地域に居住し体力の衰えや障害によって、買い物ができない、調理ができない等の理由で、毎日の食事が確保できな

くなれば、他者からの援助に頼らざるをえない。家族や親族あるいは地域住民が手を差し伸べることによって問題が解決することは多いが、地域で孤立しがちな単身高齢者世帯などでは、何らかの社会的サービスが求められることになる。平成12年の介護保険制度創設によって、それまでのホームヘルプは、訪問介護事業として急速に量的拡大し、訪問して調理をヘルパーが担当する件数も飛躍的に伸びた。また、多くの通所介護事業所や通所リハビリテーション事業所でも食事が提供された。しかし、急激な要支援高齢者の増加や地域社会の崩壊は、地域で孤立する高齢者の食の確保策として、改めて重要視されるようになった。ただし、介護保険制度は、要支援・要介護者の自立支援を目的としたため、配食はあくまでも地域福祉の一環であり、介護保険サービスの給付とは考えられなかった。また、平成17年10月からは、介護保険施設における給食サービスも全額利用者負担となり、食事の提供は介護保険給付外という基本的な考え方が整理されると同時に、栄養ケア・マネジメントに関する介護報酬が創設された。しかし、翌18年4月から介護予防事業が導入され地域支援事業も開始されたことにより、配食サービスの在り方が再検討されることになった。その結果が、平成24年4月から任意に開始された「介護予防・日常生活支援総合事業」（介護保険法第115条45第2項関連）であったとも考えられる。

介護保険制度下における食事や栄養管理に関する矢継ぎ早の改革は、大きな成果となったことは確かであるが、介護保険分野で就業する管理栄養士の人数はニーズに必ずしも対応できない状況に陥った。それにも関わらず医療機関や介護事業所の管理栄養士の有効求人倍率は伸び悩んだままである。

このような問題を解決するためには、何よりも居宅療養管理指導を行う管理栄養士には、「在宅ケア推進能力」と、「臨床栄養師の能力」の両方が求められる。そのためにも、なお一層の介護保険制度の柔軟な運用が必要であると考えられる。

Ⅲ. 管理栄養士の居宅療養管理指導の推進に向けてのタウンミーティング

介護保険制度創設により、栄養管理を要する居宅要介護・要支援高齢者に対する管理栄養士による居宅療養管理指導が導入されたが、医療・介護関係者への周知は未だ十分にされていないのが現状であることが、本研究Ⅱのインタビュー調査をすすめるなかでも明らかになってきた。そこで、全国的に実施件数が伸び悩んでいる現状を打破し、管理栄養士による居宅療養管理指導の推進することを目的に2市（京都府長岡京市、神奈川県横須賀市）においてタウンミーティングを試行した。プログラムは、前半は地域包括ケアシステムと管理栄養士の居宅療養管理指導や管理栄養士の居宅療養管理指導を周知するための導入部分として、後半は熟練したコーディネーターやインタビューアによる自由な討議とした。また、管理栄養士による居宅療養管理指導のリーフレットを作成し配布した。以下の結果を得た。

(1) 参加者

長岡京市では、介護職83名、看護職18名、事務職11名、管理栄養士9名、介護支援専

門員 9 名、医師 6 名、訪問介護 6 名、生活相談員 4 名、理学療法士 3 名、作業療法士 2 名、言語聴覚士 2 名、臨床検査技師 1 名、薬剤師 1 名の 155 名が参加した。一方、横須賀市では、市及び 12 団体の後援を得て、管理栄養士 55 名、介護支援専門員 15 名、介護福祉士 5 名、看護師 4 名、栄養士 3 名、社会福祉士 3 名、ヘルパー 2 級 1 名、医師 1 名、歯科医師 1 名、その他 25 名の計 113 名が参加し、参加者は様々な職種に及んでいた。

(2) タウンミーティング開催までのプロセスにおける課題

タウンミーティングの開催にあたり、説明用リーフレットの必要性を認識した。今後は、当該報告書の概要についてもリーフレット化しておくことが望ましい。一方、行政関連部署や関連団体代表を訪問によって、地域の資源の現状や其々の要望や期待の程度を知ることができた。当該タウンミーティングは、「キック・オフ・ミーティングとしての意義があるが、これから継続的にやっていくことが大事」という意見が多かった。

(3) タウンミーティングは、在宅高齢者の低栄養に対する多職種「気づき」を繋ぐ

長岡京市においては、知事のもとに地域包括ケアシステム推進委員会が組織され、また、当該地区医師会が地域包括ケアシステムに取り組んでいくことになっていた。このような背景のもとで開催された長岡京市タウンミーティングにおいては、管理栄養士による居宅療養管理指導の取り組みに対する参加者の質問に、熟練した訪問の管理栄養士が対応し、様々な専門職の在宅療養高齢者の低栄養に対する気づきを、管理栄養士による居宅療養管理指導にどのように繋げていくかに議論が深まっていった。このようなタウンミーティングを今後も定期的に継続していくことができれば、長岡京市における在宅高齢者の管理栄養士の居宅療養管理指導を推進と包括的な栄養ケアシステムへの展開が期待できた。

(4) タウンミーティングは管理栄養士の地域栄養ケア活動の周知のための会議の場

管理栄養士の居宅療養管理指導が地域の医療機関において僅かながら実施されていたり、あるいは、萌芽的な取り組みが行われていることが、依頼には行政担当者、医療従事者や介護保険従事者にみえていなかったり、認識されていないことがあった。タウンミーティングは、これらの地域の関係者に対する当該サービスについての周知にとどまらず、介護予防や重度化予防の観点から地域の行政・医療・介護保険施設の管理栄養士の栄養改善や栄養ケア活動の周知を行っていくための関係者会議の場を提供することになった。

(5) 管理栄養士による居宅療養管理指導の体制づくりや取り組みに関する情報の提供

近隣地域の医療機関における体制づくりや取り組みが語られたことは、その他の病院の参考となり、また、地域において、今後、管理栄養士による居宅療養管理指導が推進される大事な情報の提供や交換の場となった。

(6) 管理栄養士による居宅療養管理指導の推進のための地域背景

長岡京市においては、京都府における知事による地域包括ケアシステム推進委員会の設置や地区による地域包括ケアシステムの推進への取り組みが、横須賀市においては、地域包括ケアシステム構築にむけての平成 24 年度厚生労働省在宅医療連携拠点事業が市の旗振りにより医師会や病院を拠点に行われていたことが大きく寄与していた。また、横須賀市

医師会役員や医療機関経営者の栄養に対しての認識や病院における NST などの経験が大きな推進力となっていた。

(7) 関連団体や多職種からの要望

タウンミーティングにおける他職種からの意見として、次のような意見があった。

管理栄養士の居宅療養管理指導がどのようなものかが、地域の関係団体、関連職種に周知されると、今後の連携協働を期待する発言が行われた。

(8) 地域栄養士連絡協議会設置の必要性

地域の管理栄養士が主体的に参画するネットワークづくりが行政及び関連職種団体から求められていた。管理栄養士によってどこで、どんな取り組みが行われているのか、どこに連絡すればよいのかという管理栄養士の居宅療養管理指導のみならず地域管理栄養士の栄養ケア活動の「見える化」が求められた。今後は、当該タウンミーティングを契機として、地域栄養士連絡協議会の準備会が設置されることになった。当該連絡協議会は、地域の管理栄養士・栄養士の連携及び他職種との連携の場づくりをしていくとともに、地域のケア会議にも管理栄養士の代表が参画し、地域包括ケアシステムの推進に参画していくことになった。

以上の結果、タウンミーティングは、地域包括ケアシステムの推進の管理栄養士の居宅療養管理指導等の在宅訪問をはじめとする地域栄養ケア活動を地域関係者に周知し、今後、しっかりと位置付けていくための地域会議の場を提供することができたと考えられる。また、当該タウンミーティングの開催のプロセスは管理栄養士の居宅療養管理指導のみならず地域栄養ケア活動の現状や課題を分析し、地域の情報を収集し統合していくために重要であった。さらに、当該タウンミーティングを契機として、「地域栄養士連絡協議会」を設置して、地域の行政、医療施設、介護保険施設、その他地域栄養活動を担当している管理栄養士が主体的に参加して連携していくばかりでなく、他の関係職種とも連携し、共に地域包括ケアシステムづくりに協力していくことの意義は大きいと考えられる。

本年度のタウンミーティングは、2市での試行であったが、今後、管理栄養士の居宅療養管理指導を推進するために、これらの2市の今後の変化を追跡していくことにする。在宅高齢者の「食べること」を支援するためには、栄養ケアに関する地域ケア会議の開催が、学会や大学機関などの中立的立場からの介入によって緊急に必要な時期である。そこで、次年度も厚生労働省老人保健健康増進等事業の交付金による当該タウンミーティング方式をさらに全国的に展開しながら、市町村資源の実態の把握と地域の管理栄養士による居宅療養管理指導の推進に関する変化の追跡を継続できることを願うものである。

IV. 管理栄養士による居宅療養管理指導の展開に向けての提言

管理栄養士の居宅療養管理指導の量的拡大と質的向上のために、本調査研究事業の結果を踏まえて以下の事項を提案するものである。

1. 管理栄養士の居宅療養管理指導に関する仕組みについて、医療従事者や介護保険事業

者に一層の周知徹底が必要である。

2. 主任介護支援専門員および介護支援専門員に対する高齢者の栄養管理教育の一環として、摂食嚥下障害・栄養障害と健康障害（低栄養、誤嚥性肺炎、褥瘡、ADLの悪化、要介護度の悪化）の基礎教育と継続研修の充実が必要である。

3. 介護保険者（市町村）の介護保険担当者に対し、介護予防や重度化予防の観点から地域における栄養管理サービスに対する注意喚起が重要である。

4. 関連通知等の文章の内容について、より分かりやすい文章とし、Q&Aなどで具体的事例紹介や解説（例えば、「通院困難」とはどのような状態か等）が必要である。

5. 管理栄養士の医師・歯科医師・薬剤師・看護師・リハビリテーション職員・歯科医師・歯科衛生士との同行訪問について、規制緩和が必要である。

6. 管理栄養士の訪問可能回数は、1日に平均4回程度であり、介護報酬上の評価について、利用者の実態に加えて経営実態の詳細な調査が必要である。

7. 平成24年4月から任意に開始された「介護予防・日常生活支援総合事業」の配食事業に必要に応じて高齢者栄養管理に精通した管理栄養士の関与が必要である。

8. 管理栄養士には、「在宅ケア推進能力」と「臨床栄養師の能力」向上についての栄養士養成、国家試験の見直し、初任者研修、継続研修の一連の生涯教育体制の確立が必要である。

9. 地域包括支援センターに管理栄養士の関与を義務化する必要がある。

10. 地域医療を担当する医師・訪問看護師・主任介護支援専門員および介護支援専門員と管理栄養士の連携強化が重要であることから、今後、管理栄養士を地域会議のメンバーに加えることを提案したい。

I. 管理栄養士による居宅療養管理指導利用者の実態調査

神奈川県立保健福祉大学教授 杉山みち子

愛知淑徳大学准教授 榎裕美

椋山女学園大学教授 加藤昌彦

兵庫県立大学大学院教授 小山秀夫

オブザーバー 葛谷雅文 名古屋大学大学院医学系研究科教授

研究協力 神奈川県立保健福祉大学栄養ケア・マネジメント研究室

長瀬香織 新出まなみ

1. はじめに

世界一の高齢社会を迎えている我が国では、今後のさらなる在宅医療の整備に向けて地域包括ケアの充実が必須である。その中でも地域における摂食嚥下障害やそれに密接に関連する低栄養の問題は高齢者医療・介護に極めて大きなインパクトを与えるにも関わらず、未だ十分な手立てがなされているとは言えず、早急に着手すべき問題である。実際、病院から退院後、入院中に実施されていたそれらの評価ならびに介入が途絶えてしまい、再び健康障害が誘発され在宅療養の継続性が阻害されるケースはまれではない。

一方、介護保険制度創設により、栄養管理を要する居宅要介護高齢者に対する管理栄養士による居宅療養管理指導が導入された。これは、その後の居宅サービスを利用する要介護認定者の増大に対応した画期的なことであった。しかし、実際には管理栄養士による居宅療養管理指導は全国的に殆ど実施されず加算算定件数は伸びていない。平成 37 年には 3,510 万人にまでに増大する在宅高齢者に対応するために、管理栄養士の居宅療養管理指導を利用可能なサービス資源へと再生し、在宅医療・介護サービスに対して制度政策論的アプローチのための緊急提言を行うことが求められている。

本研究では、一般社団法人 日本健康・栄養システム学会に交付された平成 24 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分）の一端として、葛谷らの調査法と同様の方法¹⁾を用いて、管理栄養士による居宅療養管理指導利用者の摂食嚥下障害・栄養障害の状況や管理栄養士による居宅療養管理指導の取り組みの実態を明らかにし、今後の前向き調査により、摂食嚥下障害・栄養障害と健康障害（低栄養、誤嚥性肺炎、褥瘡、ADL の悪化、要介護度の悪化）の経時的变化を観察し、管理栄養士の居宅療養管理指導の効果について検討することを目的とする。

¹⁾ 平成 24 年度厚生労働省科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)地域・在宅高齢者における摂食嚥下・栄養障害と健康障害ならびに在宅非継続性との関連(研究代表者 葛谷雅文、分担研究者 杉山みち子 榎裕美他)

2. 方法

(1) 対象施設

研究対象とした施設は、日本健康・栄養システム学会によって認定された臨床栄養師 240 名に対し、メーリングリストを用いて、当該臨床栄養師自身が「管理栄養士による居宅療養管理指導」を実施している医療機関、あるいはこれらの者が「管理栄養士による居宅療養管理指導」の実施を把握している医療機関とし、37 医療機関のうち研究協力の同意が得られた 24 医療機関（東京都 6 施設、神奈川県 5 施設、千葉県 2 施設、茨城県 2 施設、埼玉県 1 施設、愛知県 1 施設、富山県 1 施設、石川県 1 施設、京都府 2 施設、福岡県 1 施設、山梨県 1 施設、兵庫県 1 施設）である。

(2) 調査対象者

① 協力施設の居宅療養管理指導を担当する管理栄養士

24 対象施設において居宅療養管理指導を担当している全管理栄養士のうち研究協力の同意を得られた 37 名を対象とした。

② 管理栄養士による居宅療養管理指導利用者

対象施設の調査月の 65 歳以上の要介護認定高齢者のうち管理栄養士による居宅療養管理指導利用者 361 名を対象に調査票を送付し、251 名を回収し解析対象とした。

(3) 調査方法

研究協力の同意が得られた施設長及び管理栄養士、必要に応じて協力支援を得る医師に対して当該研究計画について<研究実施説明書><ご利用者・主介護者用説明書>を送付し、その後、同意書（施設長、管理栄養士、必要に応じて協力支援を得る医師）を FAX によって、研究事務局（神奈川県立保健福祉大学杉山みち子宛）に回収し、協力同意の得られた 24 協力施設の管理栄養士宛に<ご利用者・主介護者用説明書>（調査票一式を含む）を郵送した。管理栄養士による居宅療養管理指導利用者には担当の管理栄養士が研究参加への説明を行い、同意を得られた対象者の<基本調査票><個別指導内容調査票>は記載終了後に連結可能匿名化し（調査票の個人名は ID 番号を付した対照表に記載後 ID 番号を付した粘着テープを貼り、対照表はそれぞれの医療機関において厳重保管する）、平成 25 年 1 月末の回収日までに事務局（神奈川県立保健福祉大学杉山みち子宛）から配布された返信用封筒を用いて回収した。

○ 管理栄養士調査

(1) の対象者である管理栄養士自身が、事務局が連結可能匿名化した<管理栄養士調査票>（調査票一式参照、属性；性別・年齢階層・業務経験年数・所属・兼務状況・調査月の訪問件数や医療機関訪問診療利用者数、摂食嚥下障害や栄養障害の把握状況、他職種との連携等）について回答した。

○基本調査

管理栄養士が担当する利用者を訪問し、<ご利用者・主介護者用説明書>とともに調査票一式を文書および口頭で説明し、協力同意の署名が得られた後、<基本調査票>に、管理栄養士が近時の診療録、アセスメント票、サービス計画書等の既存資料から転記するとともに、訪問時に利用者の状況を確認し記載する（内容については以下の項目である。詳細は基本調査票を参照のこと）。侵襲的調査項目はないが、身長（5年前までのデータがない場合、寝たきりの場合には足底から頭頂までメジャーで測定可）、体重、Body Mass Index(BMI)が計算できない場合に下腿周囲長を測定する。説明会において測定方法を説明し、測定用メジャーを配布した。

○<基本調査票>の内容

・基本事項

記載日、記録者 ID、登録者 ID（性別、登録日）、家族構成、主介護者、配偶者、要介護度、サービス利用状況、訪問診療以外の定期的に通院している医療機関・診療科、歯科医院への受診、直近の3ヶ月以内の入院、現在受けている医療処置

・食事に関して

経口摂取・栄養補給状況、嚥下機能（摂食・嚥下障害の重度化分類（DSS））、義歯の有無、食事内容、食事摂取状況

・認知症に関すること

認知症の有無、認知高齢者の日常生活自立度、周辺症状の有無

・身体計測

身長（5年前までのデータ使用可、データがなく寝たきりの場合には足底から頭頂までメジャーで測定でもよい）

体重（1か月以内の測定値は使用可能。デイケア、デイサービス等の測定でもよい）

半年前の体重がわかれば記載する。

下腿周囲長（BMIが計算できない場合に測定する。説明会において測定方法を説明し、測定用メジャーを配布する。左（マヒなどが左側にある場合は右側）の下腿の最も太い部位をメジャーで測定する）

・日常生活に関すること

障害高齢者の日常生活自立度、基本的日常生活動作（Barthel Index）

・疾病調査

・データ（3ヶ月以内のデータ、データがない場合は空白でよい）

○個別指導内容調査票

管理栄養士は、<個別指導内容調査票>に、利用者の指導開始の年・月、これまでの訪問回数、移動時間、情報収集のための準備時間、指導時間および計画・実施内容を記載（既存の計画書の個人情報情報を削除し複写添付してもよい）し、IDを付した粘着テープを用いて、連結可能匿名化し基本調査票とともに事務局に郵送した。

(4) データ入力と解析

事務局が回収した連結可能匿名化した調査票の入力作業を委託した。また、〈個別指導内容調査票〉の計画・実施内容は、研究代表者の神奈川県立保健福祉大学研究事務局において、簡潔な表現に要約しコード化後に再分類しラベルをつけて電子媒体にデータ入力後、高齢者の特性、摂食嚥下障害や栄養障害の状況について集計した。

(5) 倫理的配慮について

当該研究は、神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会及び協力病院の研究倫理審査委員会の承認を得て行われ、侵襲的内容を含まない横断研究である。協力を得たそれぞれの医療機関内に対照表を保管し全調査票は連結可能匿名化され、かかりつけの医療機関外に個人情報流出することはない。利用者のコミュニケーションが困難な場合には主介護者に同様に同意を得た。管理栄養士への調査協力への謝金は登録者1名当たり1,500円とし、調査に協力した利用者に対する謝礼金はなく、調査終了後に、調査結果をわかりやすく記載したパンフレットを管理栄養士を通じて配布することとした。

3. 結果

(1) 居宅療養管理指導を実施している管理栄養士の特性について

研究同意の得られた管理栄養士は37名（男性3名、女性34名 平均年齢 42.2 ± 12.6 歳）であり（表1-1）、管理栄養士としての経験年数は 15.1 ± 8.6 （最小値～最大値：0.1～40.8）年、居宅療養管理指導の経験年数は 4.4 ± 4.3 （最小値～最大値：0.1～12）年、介護保険制度施行前から12年以上の訪問栄養食事指導の経験者は5名（最大20年以上）であり、平均訪問経験年数は 5.0 ± 5.4 年であった（表1-2）。また、管理栄養士以外で取得している資格は、介護支援専門員が全体の24.3%、臨床栄養師（日本健康栄養システム学会認定資格）が37.8%、栄養サポートチーム加算要件の学会等の認定資格が21.6%、訪問介護員が8.1%であった。対象の管理栄養士が所属している機関は、病院が45.9%、診療所29.7%、介護保険施設が18.9%であり、その雇用形態は非常勤職員が全体の40.5%と最も多く、次に専任職員が37.9%、他の部署と併任が21.6%であった。また、調査月の1か月間の居宅療養管理指導料を算定した人数は、平均で 9.2 ± 10.0 （最小値～最大値：1～39）人であり、延人数では、 11.8 ± 14.1 （最小値～最大値：1～50）人であった（表1-2）。なお、1回の訪問時間は平均で、 57.2 ± 20.5 （最小値～最大値：30～120）時間、1日の訪問件数は平均で、 2.0 ± 1.2 （最小値～最大値：0～5）件であった。そのうち調査月1ヶ月間の延べ訪問件数20件以上の9名の管理栄養士の経験年数は 20.6 ± 5.9 年（最小値～最大値：11～32年）、居宅療養管理指導の経験年数は 8.6 ± 3.1 年（最小値～最大値：4～12年）、訪問指導経験年数 9.9 ± 5.3 年（最小値～最大値：4～20年）、調査月の1か月間の居宅療養管理指導料を算定した人数は、平均で 24.0 ± 7.8 （最小値～最大値：15～39）人であり、延人数では、 33.9 ± 9.7 （最小値～最大値：22～50）人、1回の訪問時間は平均で、 76.1 ± 21.1 （最小値～最

大値：30～120) 時間、1 日の訪問件数は平均で、 3.2 ± 1.0 (最小値～最大値：1～5) 件であった。

(2) 利用者の摂食嚥下障害および栄養障害の把握状況について

居宅療養管理指導利用者の食事についての把握状況では、「すべて把握している」のは 11.4%と少なく、「ほぼ把握している」のは 85.7%であり、具体的な指導内容の設問では、複数回答で、調理法 (86.5%)、食事の形態 (83.8%)、栄養素摂取状況 (83.8%)、とろみ剤の使用 (70.3%)、食欲不振への対応 (70.3%) の順に多かった。

利用者の栄養状態を「すべて把握している」のは全体の 35.1%であり、残りの 64.9%は、「一部の利用者のみ把握している」ということであった。一方、栄養評価の方法は、複数回答で、「BMI および体重の変化」についてはすべての管理栄養士が評価に用いており、「食事の摂取状況」が 94.6%、「Mini-Nutritional Assessment-short form (MNA-SF)」による評価が 40.5%、「subjective global assessment (SGA)」による評価は 18.9%であった。また、摂食・嚥下障害者の判定については、「すべて把握している」のは全体の 42.9%、「一部は把握している」は 54.3%であった。管理栄養士が、摂食嚥下障害があると判断した場合のその後の措置としては、「主治医への相談」が 62.2%、「嚥下造影検査のできる病院への受診を勧める」18.9%で、その他の回答として他職種 (歯科医師、介護支援専門員、言語聴覚士等) への相談、食形態の工夫という回答があった (表 2)。

(3) 他職種との連携について

他職種との連携では、利用者について相談できる身近な職種についての設問では、複数回答で、介護支援専門員 (86.5%)、医師 (83.8%)、訪問看護師 (64.9%)、訪問介護員 (64.9%) の順で、一方、反対に利用者について相談を受ける職種については、介護支援専門員 (81.1%)、訪問看護師 (67.6%)、医師 (62.2%) の順であった。居宅療養管理指導を担当する管理栄養士として相談を受ける具体的な内容は、食事内容、食形態、治療食、とろみ剤についての回答が多くみられた (表 3)。

(4) 登録時の管理栄養士による居宅療養管理指導利用者の特性および低栄養と摂食嚥下障害者の状況について

同意の得られた利用者は 251 名 (男性 113 名、女性 138 名 平均年齢 79.6 ± 10.3 歳) である。利用者の要介護認定は、要介護 4 および 5 の認定を受けている利用者が全体の 50.0% を占め、日常生活活動動作 (Barthel Index) は 100 点中 45.6 ± 39.5 点で、日常生活に支障をきたしている利用者が多かった。基礎疾患は、脳血管障害が最も多く、片麻痺は全体の 38.4% に認められた (表 4-1、4-2、表 5)

「明らかな認知症あり」の利用者は全体の 37.8% であり、そのうち日常生活自立度が II b 以上の認知症高齢者は 41.8% であった。また、「周辺症状あり」の利用者は 26.6% であり、

症状の種類は、介護への抵抗 (10.8%)、大声 (8.4%)、独語 (7.4%) の順で多かった (表 6)。

利用者の入院状況について、ここ 3 ヶ月間の入院が「あり」の利用者が全体の 22.7%であり、そのうち入院の回数が「1 回」の利用者は 96.2%であった。現在受けている医療処置は、胃瘻管理 (17.1%)、血糖測定 (15.5%)、褥瘡管理 (9.6%) の順で多く、他にも、経管栄養法 (8.0%)、インシュリン (7.6%)、在宅酸素 (5.6%)、ターミナル (2.0%)、中心静脈 (0.8%) などがあった (表 7)。

対象者のサービスの利用状況は、表 8 に示す。管理栄養士による居宅療養管理指導以外で利用しているサービスは、訪問診療 (61.8%)、訪問看護サービス (64.1%) が多く利用されており、次いでデイサービス (39.0%)、訪問介護サービス (39.0%) であった。医師による居宅療養管理指導 (44.1%) は全体の約 4 割の利用者が利用していた。なお、配食サービスを利用していたのは、全体の 10.4%と低率であった。

食事に関しての設問では、経口摂取が可能である利用者が全体の 82.5%であり、食事の種類 (複数回答) は普通食が全体の 51.4%、粥食は 21.9%、きざみ食が 36.3%であり、とろみ剤を使用しているのは全体の 15.9%であった (表 9)。摂食・嚥下障害の重症度分類 (DSS) では、レベル 7 である「正常範囲」と評価されたのが全体の 31.6%であり、残りの 68.4%は何かしら摂食・嚥下に関して問題があることが示された (表 10)。

Mini Nutritional Assessment short form (MNA-SF) による低栄養のスクリーニングの結果は、14 点満点中 12 点以上の Normal 群に分類されたのは全体の 21.1%、8 点から 11 点の At risk 群に分類されたのは 43.0%、7 点以下の Malnutrition 群は 35.9%であった (表 11-2)。

一方、利用者および家族に対し、食事に関して心配や困っていることがあるか否かを問う設問では、全体の 85.4%が「ある」と回答し、具体的な内容としては、食事の内容 (45.0%)、食事の準備 (40.2%) であると利用者および家族が回答し、治療食、食事形態の回答は約 30%であった (表 10)。

(5) 管理栄養士による居宅療養管理指導の取り組みの実態について

調査協力を得た管理栄養士に対し、調査日近日に実施した各利用者の居宅療養管理指導についての詳細を調査した結果は表 12 に示した。

利用者の中には 10 年以上前から居宅療養管理指導を受けている者も認められた。各利用者への初回からこれまでの訪問回数は、平均で 31.2 ± 37.5 (最小値～最大値: 1～250) 回、調査月の訪問回数は、平均で 1.5 ± 0.7 (最小値～最大値: 0～6) 回であり、介護保険の算定要件を超えてサービスを受けている利用者が 2 名認められた。利用者宅への移動時間は、 34.2 ± 29.4 (最小値～最大値: 5～240) 分、利用者の情報収集のために要した時間は、 26.6 ± 22.2 (最小値～最大値: 0～120) 分、利用者宅において居宅療養管理指導に要した時間は 53.2 ± 18.8 (最小値～最大値: 15～120) 分、指導後の帳票記載に要した時間は、 28.0 ± 16.8 (最小値～最大値: 5～90) 分、他職種との連絡または調整に要した時間は 19.6 ± 18.7 (最小値～最大値: 0～130) 分であり、すべて合算すると、1 名の利用者に費やす時間は、

2 時間 30 分を超えることが明らかとなった。なお、連絡または調整をした他の職種は、主に医師、介護支援専門員、訪問看護師であった(表 12-1、表 12-2)。

この居宅療養管理指導 58 名の利用者に対する管理栄養士の関わり方について、①と同様に、調査月 1 ヶ月間の延べ訪問件数 20 件以上の 9 名の管理栄養士から回収した 58 名の利用者調査結果を集計すると、初回からこれまでの訪問回数は 36.9 ± 55.5 回(最小値～最大値: 1～143 回)、1 か月の訪問回数が 2 回を上回る者は 2 名、利用者宅への移動時間は、 18.8 ± 10.8 時間(最小値～最大値: 5～40)分、利用者の情報収集のために要した時間は、 29.0 ± 23.7 (最小値～最大値: 5～120)分、利用者宅において居宅療養管理指導に要した時間は 49.8 ± 20.4 (最小値～最大値: 30～120)分、指導後の帳票記載に要した時間は、 20.2 ± 11.4 (最小値～最大値: 5～60)分、他職種との連絡または調整に要した時間は 22.0 ± 22.0 (最小値～最大値: 0～130)分であり、すべて合算すると、1 名の利用者に費やす時間は、その他の利用者よりは短いものの 139 分と同様に 2 時間を越えていることが明らかとなった(表 13)。

4. 考察

地域包括ケアシステムの推進において、在宅サービスを利用する高齢者の生活の基盤である「食べること」を支援し、低栄養状態や摂食嚥下障害に対応するためには、介護保険施設に平成 17 年 10 月から導入された栄養ケア・マネジメント体制と同様に、管理栄養士の訪問による栄養ケア・マネジメントが推進されなければならない。しかし厚生労働省介護給付費実態調査(平成 24 年度 4 月)によれば、総受給者 363,262 人、総請求事業所 18,713 事業所のうち、管理栄養士による居宅療養管理指導(Ⅰ)(同一建物居住者以外の者に対して行う場合 530 単位)の受給者数 663 人、請求事業所数 144 事業所、(Ⅱ)(同一建物居住者に対して行う場合 450 単位)1,096 人、請求事業所数 58 事業所となっており、極めて低い取得率となっている。

しかし、本研究の対象施設である管理栄養士による居宅療養管理指導(Ⅰ)の加算取得をしている医療機関名簿やその公表が行われていないことから、全国から対象となる医療機関を把握することは困難であった。そこで、当該研究費の交付を受けた一般社団法人日本健康・栄養システム学会が認定する全国の臨床栄養師から、候補となる医療機関あるいは居宅療養管理指導を実施している管理栄養士の推薦を得た。それゆえ、本調査対象の、選択にはバイアスがかかっている。

回答 24 施設 37 名の管理栄養士としての経験年数は平均 15.1 年、居宅療養管理指導経験年数は平均 4.4 年、介護保険制度の開始前から訪問の栄養食事指導に携わっていた管理栄養士が 5 名含まれ、在宅訪問の経験が長い者が多かった。また、前述の学会のインターン研修制度である臨床栄養師研修(栄養ケア・マネジメントの質の向上を目的として 100 時間の座学、900 時間の臨床研修;一般病院、慢性期医療・介護、在宅、給食管理を含む、現任者は一部時間免除)を終了し、栄養サポートチーム加算取得の要件を要する者が 4 割近

く含まれ、また、他学会等の研修によって栄養サポートチーム加算要件を満たす者も 2 割程度含まれていることから、専門職としての臨床栄養の研鑽を行ってきた集団であると言える。このことは、当該研究データは、キャリアがあり質の確保された管理栄養士集団の業務を反映していると考えてよい。

このような管理栄養士の調査月 1 か月間の加算取得平均人数 9.2 名、平均延べ人数 11.8 名、1 日の訪問件数は平均 2 件ほどであるが、これは、40.5%が非常勤であり、病棟、外来等他部署との併任が 21.6%であり、専任で居宅療養管理指導を実施している管理栄養士は 37.9%と少ないためであった。しかし、調査月 1 か月間の最大加算取得人数 39 名、最大平均延べ人数 50 名、また、1 日の最大訪問件数は 5 件であり、280,500 円の収益を上げることが可能であった。

しかし、これらの管理栄養士は、食事を「すべて把握している」と回答した者は 11.4%と少なく、「ほぼ把握している」と回答した者が 85.7%と大多数を占めた。これは、在宅高齢者の食事を月 1～2 回訪問したからといって、病院や施設のようにすべて把握すると回答することはできなかったものと考えられる。また、具体的な指導内容は、高齢者の食生活を支えるための調理法、食事の形態、栄養素摂取量、とろみ剤の使用などであり、栄養状態は、BMI の把握は全員、食事摂取状況 94.6%であったが、簡便なスクリーニング方法である MNA-SF や SGA の活用は半数を下回り、摂食嚥下障害の判定は 4 割程度で実施されているにすぎなかった。「摂食嚥下障害があった場合の嚥下造影できる病院への受診をすすめる」と回答した者は 18.9%であり、地域の病院における摂食嚥下評価の整備が未だ行われていない状況が反映されていた。また、今後、管理栄養士の居宅療養管理指導における低栄養状態や摂食嚥下障害レベルの把握については、管理栄養士がそれぞれの方法で実践していると推察され、適切で標準化された方法についての普及啓発も求められていた。

実態把握された管理栄養士の居宅療養管理指導による利用者への平均訪問回数は 31.2 回と長期にわたっており、最大では 250 回に及んでいた。これは、1 カ月 2 回訪問したとしても 1 年以上継続して行われている者が多ということであり、管理栄養士による居宅療養管理指導は、高齢者・家族に受け入れられ、長期にわたって高齢者の食生活を支え、栄養管理が継続されていると推察された。

一方、管理栄養士による居宅療養管理指導の利用者は、要介護 4、5 の重度化した者が半数を占め、脳血管疾患障害、片麻痺が多くみられた。経口摂取が可能である者が 82.5%と多いものの、普通食は 51.4%にとどまり、何らかの摂食・嚥下障害に関する問題が 68.4%にも見られ、低栄養状態のリスクのある者と低栄養状態にある者を合わせて 78.9%にも達していた。また、食事内容や食事準備、治療食、食事形態等に不安や困っている利用者・家族が 85.4%にも及び、管理栄養士が訪問し、利用者の身体状況、栄養状態、さらには家族や介護者を含めた生活状況、介護能力や経済能力にみあった食事や食事準備のための支援を長期的に行っていくことが求められていた。

本調査の協力医療機関において、管理栄養士の居宅療養管理指導の対象者を把握するた

めに、退院時や訪問診療の高齢者全員について栄養スクリーニングがなされ、低栄養状態、摂食嚥下障害あるいは治療食の必要性が把握されているわけではない。管理栄養士による居宅療養管理指導の導入は、医師の判断や訪問看護師や介護支援専門員の依頼によって医師の指示が得られた限られた人数である。実際には、在宅の通所困難な高齢者において低栄養状態や摂食・嚥下障害にある者、あるいは治療食を要する者は膨大な数に及ぶものと推察される。

管理栄養士による居宅療養管理指導が効果を挙げるためには管理栄養士と他職種との連携が重要であり、相談がたやすくできる相手は、介護支援専門員 86.5%、医師 83.8%、訪問看護師 64.9%であり、一方、管理栄養士が相談を受ける職種として介護支援専門員 81.1%、訪問看護師 67.6%、医師 62.2%であった。杉山らの平成 24 年度の調査では、横須賀・三浦地区の介護支援専門員 80 人のうち相談できる管理栄養士が身近にいる者は 34.6%にすぎなかったことから比べてみると、本対象となった管理栄養士は介護支援専門員をはじめとする他職種との相談がよく行われていた。

一方、このような利用者 1 名に対して管理栄養士が居宅療養管理指導に費やす業務時間は、利用者宅においての平均指導時間は約 53 分、平均移動時間約 34 分、情報収集時間 27 分、指導後の平均帳票記載時間約 28 分、連絡調整時間約 20 分であり、1 名の利用者に費やす時間は 2 時間 30 分を超えることが明らかになった。この業務時間は、調査月 1 ヶ月間の延べ訪問件数が 20 件以上の管理栄養士においても同様に 2 時間を越えていた。それゆえ、業務時間から算定される 1 日の訪問件数は多くても 3~4 件程度であることが明らかになった。管理栄養士は医師の指示を得るための依頼を行い、他職種から情報を収集し、訪問先の高齢者や家族の話を傾聴し、それぞれに見合った食事の提供や調理法について丁寧なアドバイスを行い、終了後も詳細な報告書の作成や他職種への連絡調整が行われていることが推察される。しかし、本業務の効率化を行い、より多くの高齢者に対応すること、あるいは、重点的に丁寧な対応を行う場合と他職種へのコンサルテーションを行う場合などに適切に振り分ける仕組みづくりや、簡便で適切な報告の方法などを検討し、今後、地域において増大する居宅サービス利用者に効率的に対応できる管理栄養士の居宅療養管理指導体制・取り組み運営の実態を検討し検証していくことが求められる。

表1-1 居宅療養管理指導管理栄養士の属性(n=37)

	n	%
性別		
男性	3	8.1
女性	34	91.9
その他の資格(複数回答)		
介護支援専門員	9	24.3
臨床栄養師	14	37.8
栄養サポートチーム加算要件の取得	8	21.6
介護福祉士	0	0.0
訪問介護員	3	8.1
その他	9	24.3
所属		
当該機関	9	52.9
同一法人内の他の機関	3	17.7
同一法人外の期間(具体的に)	5	29.4
所属機関の種類(複数回答)		
行政	0	0.0
介護保険施設	7	18.9
病院	17	45.9
診療所	11	29.7
NPO	0	0.0
その他	13	35.1
業務		
専任(業務のみ)	14	37.9
兼任(他の業務も兼任)(兼任業務内容)	8	21.6
非常勤	15	40.5
所属(複数回答)		
行政	0	0.0
介護保険施設	0	0.0
病院	4	20.0
診療所	12	60.0
NPO	0	0.0
その他	4	20.0

表1-2 居宅療養管理指導管理栄養士の属性(n=37)

	平均	SD
年齢	42.2	12.6
管理栄養士としての経験年数	15.1	8.6
居宅療養管理指導の経験年数	4.4	4.3
業務時間(1月当たり)	56.1	20.3
調査月1ヶ月間の居宅療養管理指導人数	9.2	10.0
延べ人数	11.8	14.1
在宅訪問の経験年数	5.0	5.4
1回の訪問時間(分)	57.2	20.5
1回の訪問件数	2.0	1.2

表2 管理栄養士による居宅療養管理指導の実施状況(n=37)

	n	%
利用者の食事の状況		
すべて把握している	4	11.4
ほぼ把握している	30	85.7
把握できていない	1	2.9
具体的にどのような内容を指導していますか(複数回答)		
食事時間	22	59.5
食事の形態	31	83.8
栄養素摂取量	31	83.8
食品群別摂取量	21	56.8
調理法	32	86.5
食事介助	20	54.1
とろみ剤の使用	26	70.3
食欲不振への対応	26	70.3
その他	17	45.9
現在、在宅訪問診療利用者の栄養状態を把握していますか		
すべて把握している	13	35.1
一部は把握できている	24	64.9
把握していない	0	0
把握する方法を知らない	0	0
ご自身が利用者個々の栄養評価を行うことはありますか		
評価している	26	70.3
時々評価している	11	29.7
評価していない	0	0.0
「評価している、時々評価している」と回答された方は、どのような方法で行っていますか		
BMI(体重)の変化	37	100.0
食事の摂取状況	35	94.6
SGA	7	18.9
MNA-SF	16	43.2
その他	15	40.5
現在、摂食・嚥下障害のある利用者を把握していますか		
すべて把握している	15	42.9
一部は把握できている	19	54.3
把握していない	1	2.8
把握する方法を知らない	0	0.0
「すべて把握している、一部は把握できている」と回答された方は、どのような方法で行っ		
家族からの報告	30	81.1
病院外来からの情報	19	51.4
食事時のむせ	31	83.8
口腔の問題(義歯の不具合など)	25	67.6
その他	18	48.6

表3 管理栄養士による居宅療養管理指導の実施状況(n=37)

	n	%
摂食・嚥下障害があると判断した場合の措置（複数回答）		
主治医へ相談	23	62.2
嚥下造影検査のできる病院への受診を勧める	7	18.9
その他	21	56.8
利用者について相談する身近な職種はありますか（複数回答）		
医師	31	83.8
歯科医師	11	29.7
薬剤師	16	43.2
看護職	21	56.8
訪問看護師	24	64.9
保健師	5	13.5
社会福祉士	9	24.3
介護福祉士	11	29.7
理学療法士	18	48.6
作業療法士	12	32.4
言語聴覚士	18	48.6
介護支援専門員	32	86.5
訪問介護員	24	64.9
地域包括支援センター職員	15	40.5
その他	8	21.6
利用者について相談される身近な職種はありますか（複数回答）		
医師	23	62.2
歯科医師	9	24.3
薬剤師	7	18.9
看護職	15	40.5
訪問看護師	25	67.6
保健師	2	5.4
社会福祉士	5	13.5
介護福祉士	7	18.9
理学療法士	15	40.5
作業療法士	8	21.6
言語聴覚士	13	35.1
介護支援専門員	30	81.1
訪問介護員	19	51.4
地域包括支援センター職員	7	18.9
その他	6	16.2
管理栄養士が相談される内容（複数回答）		
食事の準備や料理	24	64.9
食事内容	33	89.2
食事介助	9	24.3
食欲不振対応	23	62.2
治療食	31	83.8
食事形態	32	86.5
とろみ剤の使用	22	59.5
栄養補助食品	31	83.8
経腸栄養剤	15	40.5
買物	14	37.8
配食サービス	19	51.4
その他	7	18.9

表4-1 性別、独居、要介護度、日常生活自立度、Barthel Index(n=251)

		n	%
性別			
	男性	113	45.0
	女性	138	55.0
家族構成			
	独居	41	16.2
	他の家族または同居者と生活	210	83.8
配偶者有無			
	健在	127	50.8
	死去	105	42.0
	離婚	7	2.8
	未婚	11	4.4
配偶者（健在）			
	同居	112	96.6
	入院又は入居中	2	1.7
	その他別居	2	1.7
主介護者			
	いる	214	85.3
	いない	37	14.7
要介護度			
	自立	6	2.4
	要支援1	9	3.6
	要支援2	15	6.0
	要介護1	25	10.0
	要介護2	31	12.4
	要介護3	39	15.6
	要介護4	34	13.6
	要介護5	91	36.4
障害高齢者の日常生活自立度			
	自立	26	10.4
	J1	15	6.0
	J2	17	6.8
	A1	22	8.8
	A2	27	10.8
	B1	20	8.0
	B2	31	12.4
	C1	21	8.4
	C2	71	28.4

表4-2 年齢、Barthel Index(n=251)

	平均	SD
年齢	79.6	10.3
日常生活動作(Barthel Index)	45.6	39.5

表5 疾病状況 (n=251)

	n	%
循環器系疾患(複数回答)		
高血圧	118	47.0
虚血性	47	18.7
(冠動脈)	1	0.4
(ステント)	2	0.8
(バイパス)	2	0.8
(心不全)	45	17.9
(末梢血管)	15	6.0
(心房細動)	22	8.8
呼吸器系疾患		
慢性肺疾患	20	8.0
消化器疾患(複数回答)		
胃十二指腸	14	5.6
肝障害	10	4.0
重篤な肝疾患	7	2.8
代謝疾患(複数回答)		
糖尿病	76	30.3
合併症	32	12.7
高脂血症	53	21.1
腎臓疾患(複数回答)		
腎不全	36	14.3
重度腎不全	11	4.4
脳血管	108	43.0
認知症	67	26.7
パーキンソン	18	7.2
その他の神経変性疾患	24	9.6
悪性腫瘍(がん)等(複数回答)		
悪性腫瘍	15	6.0
白血病	0	0.0
癌の転移	1	0.4
整形外科関連疾患(複数回答)		
慢性関節リウマチ	11	4.4
人工関節	0	0.0
(股関節)	1	0.4
(膝関節)	9	3.6
(その他)	18	7.2
その他(複数回答)		
A I D S	0	0.0
その他	59	23.5
片麻痺		
なし	154	61.6
あり	96	38.4
褥瘡(現在)		
なし	220	87.6
あり	31	12.4

表6 認知症の状況 (n=251)

	n	%
認知症		
明らかな認知症あり	94	37.8
なし	125	50.2
不明	30	12.0
認知症高齢者の日常生活自立度		
自立	76	30.3
I	32	12.7
IIa	18	7.2
IIb	22	8.8
IIIa	27	10.8
IIIb	7	2.8
IV	30	11.9
M	19	7.5
無回答	20	8.0
周辺症状		
なし	179	73.4
あり	65	26.6
周辺症状の種類(複数回答)		
(被害妄想)	7	2.8
(幻覚)	12	4.8
(昼夜逆転)	17	6.8
(大声)	21	8.4
(せん妄)	11	4.4
(身体的攻撃性)	10	4.0
(言語的攻撃性)	9	3.6
(介護への抵抗)	27	10.8
(家の外へ出て行ってしまう)	2	0.8
(落ち着き)	12	4.8
(物や衣類)	2	0.8
(独語)	18	7.2
(不潔行為)	3	1.2

表7 入院状況 (n=251)

		n	%
入院有無			
	あり	57	22.7
	なし	194	77.3
3か月間の入院の回数			
	1回	51	96.2
	2回	2	3.8
(複数回答)			
	(肺炎)	13	24.5
	(窒息)	0	0.0
	(脳血管障害)	3	5.7
	(感染症)	1	1.9
	(骨折)	3	5.7
	(心不全)	9	17.0
	(検査入院)	1	1.9
	(不明)	0	0.0
	(その他)	32	60.4
現在受けている医療処置(複数回答)			
	(中心静脈)	2	0.8
	(経管栄養法)	20	8.0
	(胃瘻管理)	43	17.1
	(在宅酸素)	14	5.6
	(人工呼吸器)	3	1.2
	(気管切開)	7	2.8
	(ストーマ)	6	2.4
	(膀胱留置)	15	6.0
	(ドレーン)	0	0.0
	(ターミナル)	5	2.0
	(インシュリン)	19	7.6
	(血糖値測定)	39	15.5
	(点滴管理)	4	1.6
	(褥瘡管理)	24	9.6
	(麻薬)	1	0.4
	(その他)	21	8.4

表8 サービス利用状況・通院・歯科受診状況 (n=251)

	n	%
サービスの利用状況(複数回答)		
訪問診療	155	61.8
訪問看護	161	64.1
デイケア	43	17.1
(運動機能)	20	46.5
(栄養改善)	2	4.7
(口腔機能)	2	4.7
デイサービス	98	39.0
(運動機能)	30	30.6
(栄養改善)	9	9.2
(口腔機能)	12	12.2
PT/OT	83	33.1
訪問入浴	61	24.3
ショートステイ	48	19.1
訪問介護	98	39.0
小規模多機能	2	0.8
居宅療養	245	97.6
(医師)	108	44.1
(歯科医師)	27	11.0
(薬剤師)	66	26.9
(管理栄養士)	244	99.6
(歯科衛生士)	14	5.7
福祉用具	144	57.4
配食サービス	26	10.4
通院医療機関		
あり	137	55.0
なし	112	45.0
通院医療機関の診療科(複数回答)		
(内科)	93	37.1
(外科)	21	8.4
(整形外科)	27	10.8
(眼科)	13	5.2
(泌尿器科)	11	4.4
(皮膚科)	7	2.8
(精神科)	9	3.6
(その他)	39	15.5
歯科医院への定期的な受診		
あり	40	16.0
なし	210	84.0
歯科医院への受診過去3か月の受診歴		
あり	55	22.3
なし	192	77.7

表9 経口摂取状況、義歯、奥歯の噛みあわせ-食欲 (n=251)

	n	%
経口摂取有無		
経口摂取可能	203	82.5
一部可能だが他の栄養ルート(経管や点滴など)も使用	20	8.1
不能	23	9.4
経口摂取内容		
自力で可能	132	65.0
一部介助が必要	30	14.8
完全介助	41	20.2
自立、一部介助の方の食事時間		
30分未満	106	60.9
30分～1時間未満	55	31.6
1時間以上	13	7.5
全介助の方の食事時間		
30分未満	8	17.4
30分～1時間未満	26	56.5
1時間以上	12	26.1
介助者		
家族(同居)	20	83.3
家族以外	4	16.7
義歯有無		
あり	134	56.5
なし	103	43.5
(あり)		
総義歯	55	41.7
部分義歯	58	43.9
あるが使用していない	15	11.4
義歯があわない	4	3.0
(なし)		
義歯の必要なし	69	68.3
必要だがもっていない	32	31.7
奥歯の噛みあわせ 義歯がない状態		
なし	123	53.7
あり	106	46.3
(かみ合わせあり)		
片側のみ	18	16.8
両側	89	83.2
奥歯の噛みあわせ 義歯を使用した状態		
なし	12	9.8
あり	111	90.2
(かみ合わせあり)		
片側のみ	11	10.1
両側	98	89.9
食欲		
ある	150	62.5
あまりない	55	22.9
低下	19	7.9
不明・経口摂取不能	16	6.7

表10 嚥下機能・食事摂取状況 (n=251)

	n	%
嚥下機能(摂食・嚥下障害の重症度分類)		
正常範囲	77	31.6
軽度問題	43	17.6
口腔問題	25	10.3
機会誤嚥	21	8.6
水分誤嚥	40	16.4
食物誤嚥	14	5.7
唾液誤嚥	24	9.8
食事(栄養投与法)の種類(複数回答)		
普通食	129	51.4
粥食	55	21.9
きざみ	91	36.3
経管栄養	36	14.3
(経鼻)	5	2.0
(胃ろう)	31	12.4
経静脈栄養	2	0.8
栄養剤	34	13.5
経口+経管	16	6.4
経口+経静脈	1	0.4
とろみ剤	40	15.9
食事摂取状況		
ほぼ全量摂取 (8割以上)	147	65.6
多少残す (6~8割)	42	18.8
かなり悪い (3~6割)	22	9.8
ほとんど摂取できない (0~3割未満)	13	5.8
利用者・家族が利用者の食事についての心配や困っていること		
ある	211	85.4
ない	36	14.6
利用者・家族が利用者の食事についての心配や困っていること (内容) (複数回答)		
(食事準備)	101	40.2
(食事内容)	113	45.0
(食事介助)	22	8.8
(食欲不振)	41	16.3
(治療食)	70	27.9
(食事形態)	63	25.1
(とろみ剤)	33	13.1
(栄養補助食品)	38	15.1
(経腸栄養剤)	21	8.4
(買物)	21	8.4
(配食サービス)	5	2.0
(その他)	0	0.0

表11-1 低栄養 (n=251)

	平均	SD
身長 (c m)	153.8	9.3
体重(kg)	50.2	11.8
半年前体重(kg)	51.7	7.1
B M I (kg/m ²)	19.3	12.3
低栄養状態(MNA合計点)	8.5	3.1
アルブミン(g/d l)	3.6	0.5
総コレステロール(mg/d l)	185.5	39.2
血糖(mg/dl)	135.9	55.0
B U N (mg/dl)	23.5	19.9
クレアチニン(mg/dl)	1.1	1.3
H b (g/dl)	12.4	3.4
C R P (mg/dl)	3.0	14.7

表11-2 低栄養 MNA-SF (n=251)

	n	%
MNA-SF		
0-7点 低栄養	90	35.9
8-11点 低栄養のおそれあり	108	43.0
12-14点 栄養状態良好	53	21.1
A 過去3か月間に食欲不振、消化器系の問題、咀嚼・嚥下困難などで食事摂取が減少しましたか？		
強度の食事量の減少	32	12.8
中等度の食事量の減少	59	23.5
食事量の減少なし	160	63.7
B 過去3か月間の体重減少がありましたか？		
3kgを越す減少	21	8.4
わからない	30	11.9
1~3kgの減少	63	25.1
体重減少なし	137	54.6
C 運動能力		
ベッド（布団）または椅子から自分で離れることができ	130	51.8
ベッドや車椅子を離れられるが、外出はできない	72	28.7
自由に外出できる	49	19.5
D 精神的ストレスや急性疾患を過去3か月間に経験しましたか？		
はい	67	26.7
いいえ	184	73.3
E 神経・精神的問題の有無		
高度の認知症またはうつ状態	41	16.5
中程度の認知機能障害	82	33.1
精神的問題なし	125	50.4
F-1 BMI指数		
BMIが19より少ない	80	34.6
BMIが19以上、21未満	46	19.9
BMIが21以上、23未満	33	14.3
BMIが23以上	72	31.2
F-2 下腿周囲長		
31cm未満	46	93.9
31cm以上	3	6.1

表12-1 管理栄養士による居宅療養管理指導の実施状況(n=251)

	n	SD
管理栄養士による居宅療養管理指導の継続期間	22.3	2.1
事例の指導開始から現在までの訪問回数	31.2	37.5
調査日1ヶ月の訪問回数	1.5	0.7
近日に実施した居宅療養管理指導について		
移動時間(分)	34.2	29.4
情報収集等の準備期間(分)	26.6	22.2
指導時間(分)	53.2	18.8
訪問後の帳票記載(分)	28.0	16.8
他職種への連絡調整時間(分)	19.6	18.7

表12-2 管理栄養士による居宅療養管理指導の連絡調整をした職種(n=251)

	n	%
連絡調整した職種(複数回答)		
医師	176	70.1
歯科医師	11	4.4
薬剤師	6	2.4
看護職	37	14.7
訪問看護師	109	43.4
保健師	9	3.6
社会福祉士	3	1.2
介護福祉士	13	5.2
理学療法士	31	12.4
作業療法士	8	3.2
言語聴覚士	10	4.0
介護支援専門員	162	64.5
訪問介護員	33	13.1
地域包括支援センター職員	16	6.4
その他	41	16.3

表13 1ヶ月間の訪問が20件以上の管理栄養士9名の実施状況

	平均	SD
管理栄養士としての経験年数	20.6	5.9
居宅療養管理指導の経験年数	8.6	3.1
在宅訪問指導の経験年数	9.9	5.3
利用者58名の個別実施状況		
事例の指導開始から現在までの訪問回数	36.9	55.5
調査日1ヶ月の訪問回数	1.7	0.9
近日に実施した居宅療養管理指導について		
移動時間(分)	18.8	10.8
情報収集等の準備期間(分)	29.0	23.7
指導時間(分)	49.8	20.4
訪問後の帳票記載(分)	20.2	11.4
他職種への連絡調整時間(分)	22.0	22.0

Ⅱ. 管理栄養士による居宅療養管理指導事例のインタビュー調査

委員長 兵庫県立大学大学院教授 小山秀夫
千葉大学大学院教授 野地有子
地域栄養ケア PEACH 江頭文江
愛全診療所 佐藤悦子、
梶原診療所 奥村真理子
いばらき診療所 古賀奈保子
済生会横浜市東部病院 藤谷朝美
福岡女子大学教授 早瀬仁美
椛山女学園大学教授 加藤昌彦
昭和女子大学教授 大木和子
神奈川県立保健福祉大学教授 杉山みち子
広島国際大学教授 宇田淳
天本病院院長 天本宏
日本歯科大学教授 菊谷武
日本介護支援専門員協会会長 木村隆次
池端病院理事長 池端幸彦
大東文化大学教授 杉森裕樹
県立静岡大学教授 合田敏尚
(独) 国立健康・栄養研究所 高田和子
聖隷クリストファー大学大学院教授 太田貞司
脳血管研究所美原記念病院 渡邊美鈴
千春会病院 谷中景子
山形大学講師 三原法子
神奈川工科大学准教授 澤井明香
静岡県立大学大学院 麻植有希子
マイライフ徳丸 大久保陽子 (順不同)
研究事務局 神奈川県立保健福祉大学栄養ケア・マネジメント研究室
事務業務補助 片岡陽子

1. はじめに

日本健康・栄養システム学会が育成した臨床栄養士の所属する管理栄養士による居宅療養管理指導を実施している施設あるいは臨床栄養師が推薦する医療機関の院長、管理栄養士、管理栄養士が栄養ケアに関する情報交換や連携している看護師、介護支援専門員、摂食嚥下機能評価担当者等を対象とした個別及びグループインタビュー調査から、1. 管理栄養

養士の居宅療養管理指導について探索的に把握される課題、2. 管理栄養士の居宅療養管理指導の事例分析による普及阻害要因、3. 有効事例からみた栄養分野の居宅療養管理指導のポテンシャルについて検討することを目的とした。

2. 方法

(1) 対象施設

日本健康・栄養システム学会によって認定された臨床栄養師 240 名にメーリングリストを用いて把握された当該臨床栄養師自身が管理栄養士による居宅療養管理指導を実施している医療機関、あるいはこれらの者から推薦を得た管理栄養士による居宅療養管理指導を実施している医療機関の合計 40 医療機関のうち郵送による協力依頼を行い承諾の得られた 22 施設を対象とした。

(2) 対象者

22 協力施設のインタビュー対象者は全 95 名であり、職種別には管理栄養士 31 名、医師 20 名(うち院長:10 名 理事長:1 名)、看護師 15 名、介護支援専門員 13 名、事務長・同次長 4 名、社会福祉士 2 名、言語聴覚士 2 名、歯科衛生士 2 名、介護職 2 名、歯科医師 1 名、薬剤師 1 名、作業療法士 1 名、摂食嚥下評価担当者(職種不明)1 名であった。

(3) インタビュー者の事前トレーニング

インタビューを行う研究者は事前のトレーニング(30 分程)をインタビュー調査の熟練者である分担研究者の野地有子から受けた。その後、当該指導者が熟練した居宅療養管理指導を専門とする 3 名の管理栄養士にグループインタビューを 2 時間行い、インタビューを行う研究者はこれを参与観察し、さらに、参加者全員で振り返りを行ってインタビュー技術を確認しあった。事前トレーニングに参加できない研究者には、当該トレーニングのビデオを郵送し、インタビュー前に視聴するようにした。

(4) インタビュー場所と内容

研究者(研究代表者、研究分担者、研究協力者)が協力施設内あるいは研究事務局が設置したプライバシーの守れる会議室において、以下のインタビューガイドを用いて個別及びグループインタビュー調査を実施し、ボイスレコーダーを用いて録音を行う。管理栄養士には 40 分、院長(あるいは院長が指名した経営管理担当者)には 30 分の個別インタビューを行い、それ以外の職種は一緒に 60 分のグループインタビューを行った。各対象者には 1,000 円分の図書カード(必要に応じて旅費)を補助金から謝礼品として配布した。

インタビューガイドの内容

院長(あるいは院長が指名した経営管理担当者)〈個別インタビュー 30 分〉

1. いつ、どのような契機や理由で、どのように体制づくりをしたのかをお話ください。
2. 関連している機関や事業所等との連携体制（担当者会議、ケースカンファレンス、日頃の情報共有化、連絡協議会や共同研修）についてお話ください。
3. 特徴や工夫していることをお話ください。
4. 患者や家族の評判についてお話ください。
5. 経営的にうまくいっていると思いますか？うまくいっている場合にはその理由を、うまくいっていない場合もその理由と今後の解決策についてお話ください。
6. 全国的に加算請求件数が伸びない理由と対応についてのお考えをお話ください。
今後の当該事業の制度や人材育成に対するご要望やお考え（再編成なども含めて）をお話ください。

管理栄養士〈個別インタビュー 40分〉

1. 貴方は、いつ、どのような契機や理由で、居宅療養管理指導を始めましたか？
2. 貴方が、立ち上げや開始初期に苦労したことや工夫したことはどんなことでしたか？
3. 現在の流れ（患者の把握、管理栄養士への指示、管理栄養士による情報の収集、訪問、管理栄養士から関連職種への情報の伝達、カンファレンス、モニタリングと評価、加算請求事務等）についてお話しください。
4. 現在の特徴や貴方が工夫したり、努力していることをお話ください。
5. 貴方の患者や家族に喜ばれた経験や成功体験についてお話ください。
6. 貴方は現在、うまく（効果的に）実施できていると思いますか、できていると思う場合にはその理由を、うまくできていない場合もその理由と今後の解決策についてお話ください。
7. 貴方がしている当該業務以外のネットワークづくりや人材育成など地域貢献についてお話ください。
8. 全国的に加算請求件数が伸びない理由と対応についてのお考えをお話ください。
9. 今後の当該事業の制度や人材育成に対するご要望をお話ください。

医師、看護職、介護支援専門員、摂食嚥下評価担当者等（グループインタビュー 60分）

1. どのような場合に必要性を感じますか
2. 管理栄養士との情報連携をどのようにしていますか。
3. 患者や家族の評判についてお話ください。
4. 共有した成功体験をお話ください。
5. 当該事業は、うまくいっていると思いますか？うまくいっている場合にはその理由を、うまくいっていない場合もその理由と今後の解決策についてお話ください。
6. 全国的に加算請求件数が伸びない理由と対応についてのお考えをお話ください
7. 今後の当該事業の制度や人材育成に対するご要望やお考え（再編成なども含めて）をお

話ください。

(5) 分析方法

録音テープには、ID 番号を付して逐語録の作成を専門業者に委託した。逐語録をもとに、野地有子、杉山みち子、小山秀夫委員が中心となって、質的帰納的分析を行った。対象者が語った内容等について、まとまった意味が読み取れる文節ごとに逐語録を区切り、各文節の意味を変えないように簡潔な表現に要約し、分析単位（コード）とする。インタビュー事例ごとに類似するコードどうしを集めて細かく分類し、代表するラベルをつけ、全事例のラベルについて類似するもの同士を集めて分類を繰り返すとともに、逐語録の内容を確かめながらカテゴリーを作成する。研究組織の共同研究者に客観的な意見をもらうことで、妥当性を高めることにした。今回の報告では、インタビューガイドの項目に沿って内容をまとめたうえで、概念化を行なった。

(6) 研究における倫理的配慮

神奈川県立保健福祉大学研究倫理委員会に申請し承認を得た。面接調査は、プライバシーの保護が可能な個室を利用し、インタビュー内での語りでは、個人が特定できないように、対象者・家族、職員等の固有名詞を使用しないように説明した。得られた録音テープは、事務局の研究室で 5 年間、鍵のかかる保管庫に厳重に管理され、その後粉砕処分される。

3. 結果

22 施設 95 名から得られ、インタビューから作成された逐語録の文節の概要を(1)ニーズについて（院長、他職種から）(2)対象者の把握とその後の流れについて(3)カンファレンス（担当者会議）について(4)モニタリングについて(5)管理栄養士が居宅療養管理指導にあたり配慮していること(6)成功事例(7)管理栄養士への他職種からの要望(8)他職種との連携(9)退院から在宅への継続性(10)地域包括ケアシステムの一環としての展開のために(11)介護報酬制度の課題(12)教育・研修のあり方(13)その他の加算が伸びない理由に分類し一覧を作成した。

(1) ニーズについて（院長、他職種から）

ニーズについて分類された院長及び訪問リハビリテーション、訪問看護師等他職種の語った文節からは、院長及び在宅スタッフが、病院入院中に提供された栄養サポートチームあるいは栄養管理の在宅への継続性の観点や、退院後及び在宅療養の高齢者の基本は生活であることを強く認識しており、管理栄養士の居宅療養管理指導の導入によって対応していることが明らかになった（表 1）。また、これらのインタビュー対象者は、在宅診療や訪問時に高齢患者の低栄養の改善、褥瘡、摂食嚥下障害、糖尿病及び腎臓病等の栄養療法の

必要性、独居及び老老介護の高齢者の食形態や粗食への対応は管理栄養士の居宅療養管理指導が寄与するとしていた。在宅医療においては生活支援が基盤として重要であり、その中心が食生活であるとし、管理栄養士による居宅療養管理指導を導入することが、在宅医療の質を担保することになるとしていた。在宅医療のニーズが高まる中、“誰かが訪問して様子を見ること”が第一と話す院長は、在宅ケアチームの充実のためにも管理栄養士の活躍が期待された。

表1 ニーズについて（院長、他職種から）

○管理栄養士による居宅療養管理指導および訪問栄養指導は、極めて重要であると認識している。ただし、在宅医療より入院医療や介護保険施設への入居が推奨されすぎていると思う。全てを入院・入居で対応することは困難であり在宅ケア自体を制度的に補強する必要がある。

○高血圧、糖尿病など生活習慣病、低栄養状態、摂食嚥下、食事摂取量低下による体重減少など在宅の要介護高齢者の食生活上の問題は、数えきれない。何しろ、今後、在宅療養者の分母が大きくなるのであるから、早急に提供体制を強化する必要がある。ただし、在宅栄養に対する提供サイドの意識はまだ低い。利用者の発見・把握、居宅栄養管理のエビデンスをもっと蓄積することが先決だ。

○病院の給食費用の一部は医療保険で賄われており、その他の医療費も75歳以上の患者さんは一割負担だ。介護保険制度では食事は全額自己負担だが、10万円以下の負担で入居できるのであれば、在宅より施設が選ばれる。おまけに、介護保険制施設の入居者のうち低所得者は補給給付を受けており、負担は少ない。結局、在宅にいるより施設入所のほうがお金がかからないということでは、在宅ケアは進まない。もっと真剣に制度的に対応して欲しい。

○「チーム医療の推進」は重要なキーワードである。現代の医療サービスは、多職種のサービス提供者間のチームにより提供されている。このことは介護サービスも同様である。しかし、チーム医療を推進する為には、経済的裏づけとなる報酬設定が重要になる。

○在宅高齢者にどのように食べさせ、どのように料理するかは訪問診療上の大きな課題であったので、当初は行政の管理栄養士に依頼していたが継続することができなかったので、新人の管理栄養士を雇用した。

○病院在宅医療部において管理栄養士とずっと一緒にやってきたので、管理栄養士のいない在宅医療は想像できない。暗闇の中でライトを持たずに歩くようなもの。低栄養だったら何をしても効果がでない。低栄養に対応できるのは管理栄養士だけ。家族に言っても家族はできないし、介護職に言ってもできない。家族や介護職に指導して、本人にもいろいろ食べ物や献立を変えて食べようと言ってくれるのは管理栄養士だけである。

○家族の機能が失われているので、従来のように、管理栄養士が家族に栄養食事指導ができない状況にある。高齢患者の生活環境、経済状態、介護能力を把握して食べることを支援するように介護職に指導できるのは管理栄養士だけである。

○院長が病院NSTの経験から低栄養や食事療養を要する高齢患者への栄養管理の継続性の重要

性を認識し、強く当該体制整備を支援した。すでに外来栄養食事指導を診療所からのオーダーを受けて実施できる体制をとっており、本年度の市の在宅医療連携拠点事業を実施していたことなどが契機となって、管理栄養士による居宅療養管理指導体制を整備した。病院の栄養部門の管理栄養士の配置数が多く、収益もあがっているため、居宅療養管理指導に対する収益を期待していない。在宅総合ケアセンター、診療所も有していたので、体制整備がしやすい環境にあった。

○当初（1993～1994）年、病院内科診療部部長が米国病院の NST チェアマンであったことから病棟 NST を指導し、新任の管理栄養士に米国登録栄養士流教育を行った。その後、この部長の他病院への移動に伴い在宅医療部が当該 NST メンバーを引き取った。米国流教育を受けた管理栄養士が、発熱を繰り返している脳梗塞の摂食嚥下障害患者に対して栄養管理を行い再入院を防止したことや脳腫瘍の患者が飢餓状態にあることを把握し、栄養管理により意識低下を改善し歩行可能にしたことなどから在宅患者の栄養管理の必要性と、管理栄養士が自立した専門職であることを在宅医療部部長として認識し、在宅医療の基盤を管理栄養士が支えるようになるようになった。

○単身高齢者の粗食、冷蔵庫はガラガラの状態が訪問時によくみられるので、管理栄養士の訪問が必要である。

○食事摂取状況が悪いと入退院が繰り返される。

○ヘルパーは栄養を重視していないので、管理栄養士による訪問が必要であった。

○在宅患者を包括的にみて成り立っている病院なので、その質をあげるためには管理栄養士による訪問が必要だった。

○在宅診療所の院長として、医師と看護師だけでは、いずれ限界がくると考えていた。患者の栄養状態が悪くなると浮腫になり、血清アルブミン 2.8g/dl 未満になってくる。低栄養の患者を何とかしなくてはならない。このように在宅では管理栄養士の訪問ニーズが高かった。

○在宅は薬よりもケアの中心は食事が一番で、後は、排泄と清潔（入浴）の生活支援が大事である。在宅高齢患者は、施設入所している場合よりも夜よく眠るので、睡眠の問題は少ない。管理栄養士がいない在宅医療は偽善である。

○患者・家族の管理栄養士の訪問の評判はすごく良い、問題もないし、管理栄養士に居宅療養管理指導に来てもらってよかった。

○地域病院として在宅患者を 24 時間見て、口腔ケアも食事も支援していて、何かあれば入院できる体制をとっていれば地域病院として他が太刀打ちできない。

○訪問看護の生活援助が 45 分と短くなったので、栄養課題に対応するための献立、食材、作り方など管理栄養士のアドバイスがほしい。食事のことを相談できる窓口がほしい。

○在宅高齢者には栄養が一番必要、血糖コントロール、低栄養、腎不全、食べても太れない高齢者、胃瘻、嚥下障害、食事量の減少している高齢者への対応等すごく助かっている。在宅高齢者は通院困難な方なので、栄養問題は全員にみられてくる。在宅高齢患者の全員に管理栄養士による訪問を入れたいほどだ。

○在宅療養高齢者は糖尿病でも食べるのが大事で、中高年の人たちのコントロールの仕方で違う。すぐに、管理栄養士に訪問を頼みに行く。直接、携帯電話で依頼するときもある。医師の治療よりも栄養が大事と考えているので、医師の診療日を管理栄養士の訪問にかえることもある。管理栄養士の訪問指導の評判はとてもいい。このように食べればいいと教えてくれる。たとえば、食物繊維を先に食べれば血糖が上がりにくいとか・・・、何が何グラムという難しい話ではない。管理栄養士と一緒に訪問に在宅にいくと医師も勉強になる。

○腎不全、腎臓病食、慢性腎臓病の訪問診療患者には水のイン・アウトの問題に対応しなくてはならないので、このような対応には管理栄養士が必要であった。

○経営ベースにはのらないが(経営的には外来栄養食事指導で支えている)、診療所の外来から在宅までのトータルケアに栄養ケアは必要。どんな患者も見捨てない。患者が食べられても、食べられなくても関わっていく。胃瘻患者も、植物状態の患者であっても関わる。栄養管理は在宅高齢者医療でのウエイトが70%位ある。管理栄養士の居宅療養管理指導は診療所のイメージアップに繋がる。

○高齢者は年をとれば食べられなくなるのは当たり前と考えている人が多いが、高齢者だからこそ、食事に気をつけるかどうかで、どのような終末期を迎えるかが決まってくる。だから、高齢者が楽しんで食べるために管理栄養士による栄養ケアが求められる。

○訪問リハビリテーションスタッフが訪問でリハビリテーションを頑張っても低栄養では筋肉がついてこないののでリハビリテーションをしても成果がでない患者には、管理栄養士による居宅療養管理指導を依頼したかった。

○訪問リハビリテーションとして、管理栄養士が訪問して、経管栄養法の患者であれば、栄養素補給量を把握してもらい、栄養剤を適切に選択してもらえるのがよい。食が細くなってきた高齢者には、料理法を具体的に教えてくれるので、家族が安心することは、リハビリテーションにとっても安心である。管理栄養士が訪問することによって食べることに對する問題がいろいろと見えてくる。

○病院の治療食、独居、高齢者世帯の入院患者の栄養ケアを退院から在宅へ繋ぐことが大事である。

○訪問看護師からターミナル期に少しでも食べられるものを何とか口から入れたいと在宅訪問の管理栄養士を雇用した。

○病院の訪問看護師と通じて看護部長から居宅でも栄養ケアを続けたいので在宅訪問の管理栄養士を雇用の希望があった。

○次の在宅診療患者には、管理栄養士の居宅療養管理指導が必要とされる。食事療法が必要な疾病や嚥下障害を有する高齢者、血清アルブミン値の低い高齢者、褥瘡の治癒、免疫力の改善、肺炎予防、尿道バルーン管理等、胆管がん、肝臓がん、肝硬変、狭窄のある人の食事、腎臓病、腹膜透析、アレルギー、肥満、認知症で太った人、糖尿病の一人暮らし高齢者や糖尿病で腕を切断した患者、誤嚥性肺炎の繰り返すもの等があげられた。

○管理栄養士が訪問することによって胃瘻になることを予防できる。

- 管理栄養士の居宅療養管理指導には、ミキサー食のつくりかた、とろみのつけ方、好きなものどう食べさせるかなどの相談が求められる。
- 管理栄養士が在宅訪問することによって、経管栄養を併用している場合にも、エネルギーは充足しているのか確認ができる。
- 在宅医療支援診療所の約半数が看取り件数は1割以下で、点が面になっていないが、在宅での看取りまでおこなうには、訪問看護、リハビリテーション、管理栄養士による居宅療養管理指導が必要。
- 在宅高齢者のターミナル期に少しでも口から食べられることが管理栄養士の居宅療養管理指導によって支援できる。
- 在宅高齢患者の家族が食事をつくれるようにしてもらえると、患者が食べられるようになる。
- 摂食嚥下機能のレベルの変化に対応した簡便な食事づくりへのアドバイスは他の職種ではできない。
- 管理栄養士が訪問することは、在宅での生活をみながら食事支援・栄養ケアの長期的対応ができる。
- 利用者への買い物同行して相談ができる。
- 管理栄養士に対する他職種からの信頼がある（特に、現場の看護師がすごく頼っている・・・）
- 介護職が栄養を重視していないので、管理栄養士の居宅訪問は大切。
- 退院時の家族の不安が大きいので、管理栄養士による居宅訪問は大切。
- 病院での説明やパンフレットだけでは本人・家族が在宅で実施できないので、在宅での安心した食事が食べられることが求められる。
- 本人・家族は少しでも食べたいものを、好きなものを食べたいという気持ちに管理栄養士に対応してもらいたい。
- 独居や老老介護の高齢患者には管理栄養士の居宅療養管理指導が入っていくことが必要、認知症で独居の場合など、認知した食事がずっとかわらないで、朝はアイスクリームとパン、昼はインスタントラーメンが毎日という場合もあって、普通の食事にするのに、管理栄養士と介護職とが一緒になって配食サービスを使って6,7ヶ月かかる場合もあった。
- 管理栄養士はメニューをつくる人というイメージがあったが、医師にとって、どう食べさせるかというプロであることがよくわかった時にイメージが全くかわり、診療所スタッフとして、特に、褥瘡の治癒をめざしていたので必要であった。
- 在宅診療に医師とあわせて管理栄養士の訪問がつくということは、その質があがるので、患者にアピールできる。しかし、他の診療所が栄養管理をその診療所がやっているから頼むということは考えにくい。
- 管理栄養士による次のような認識が診療所での管理栄養士の居宅療養管理指導を担う動機となった。管理栄養士の居宅療養管理指導の先駆者の同行訪問研修を経験したこと、配食サービスを通じて1日お弁当一食ですごしている高齢者いたこと、特別養護老人ホームでの食支援活動から地域高齢者におにぎり1個、パン1枚、チョコレートが1日の食事だという高齢者がい

たこと、急性期病院で入院高齢者の低栄養の問題は解決できなかったことから、在宅への継続した訪問が必要であること認識したこと。

○在宅での看取りまで行うには、訪問看護、リハ、管理栄養士が必要である。

○現在の在宅医療の報酬制度は看取りが目的になっている。お金を使わずにどう看取るかという話になってきている。患者の目線にたつて在宅医療を考えれば、病院に負けないくらいの栄養管理が絶対必要。家に帰ってきてよかったねという在宅医療を描かなければならない。病院では、例えば褥瘡ができた患者には NST で一生懸命対応するが、在宅でも病院に負けない在宅医療が継続されるようにしなければ。看取りをするのであれば、管理栄養士の必要性はなくなってしまう。

○今後は地域障害者、障害児、児童相談所の子供にも広がっていくことが期待されている。

○最も状況の悪い高齢者には毎日献立作成し支援し、外来栄養食事指導とは大きく異なる。

(2) 対象者の把握方法とその後の流れについて

管理栄養士による居宅療養管理指導の対象者の把握方法は、各医療機関によって様々であったが、医師が判断し管理栄養士に指示する場合、訪問看護師、介護支援専門員、訪問リハビリテーション、社会福祉士などの他職種からの管理栄養士に依頼し、管理栄養士が医師の指示を勧告する場合、管理栄養士自身のアセスメントによって把握し医師の指示を勧告する場合があった(表2)。他職種からは簡便に管理栄養士に依頼できる体制が求められていた。また、低栄養状態や摂食嚥下障害は居宅療養患者の多数に把握されることから、介護支援専門員によって利用者全員に簡便な把握が行われる体制も求められていた。

管理栄養士を雇用している診療所からの依頼も受けている場合、受けられない場合など様々であり、市町村の体制の違いがあった。訪問件数は最大数実施している管理栄養士でも1か月30名を受け持ち、1日4~5名の患者に対応していた。訪問時間に加えて、移動やアセスメント・モニタリング表への診療録等からの転記、報告書の記載、医師や関連職種への連絡調整など業務時間が費やされていた。

対象の抽出がうまくいっていない点を指摘する例もあった。NST から在宅ケアに繋がらない等、入口が狭いという意見がみられた。

情報の連絡や報告には、電子カルテで行われてもいたが、対面で行うことが求められていた。ケアカンファレンス(担当者会議)に参加ができていない管理栄養士がいる一方では、参加することが困難な管理栄養士も多くおり、ケアマネジメントとの関連や他職種との連携協働体制をどのように推進するかが今後の課題であった。

表2 対象者の把握方法とその後の流れについて

○当院は、長年訪問看護に取り組んできたし、訪問看護ステーションも2か所開設しており、在宅ケアの牽引車になっている。訪問栄養は、訪問看護師がアセスメントし、管理栄養士が必要と判断した場合、地域の往診している開業医と相談し、その医師から当院に依頼がくるとい

うケースが最も多い。

○基本的に在宅部門の医師、訪問看護師、リハビリテーション職員等が管理栄養士に相談してから、訪問が実施されるルートが多い。

○病院 NST の経験から栄養管理の継続性の重要性を認識していた。外来栄養食事指導を診療所からのオーダーを受けて実施できる体制をとっていた。市の在宅医療連携拠点事業を実施していたことなどが契機となって、管理栄養士による居宅療養管理指導体制を整備した。

○入院中のNSTや退院調整会議から訪問診療に行く流れがスムーズにいかず、途切れることが問題といえる。

○本診療所においては5地区1,000名の訪問診療の患者を有しているが、居宅療養管理指導の管理栄養士は1名で一月30名程度を担当している。医師の指示書、訪問看護師により依頼が管理栄養士に直接入った場合には、管理栄養士が医師と相談し、必要と判断した場合には、医師に指示書をかいてもらっている。対面で行う情報交換の場合が多いが、看護師からは直接電話もはいつてくる。指示書がきたら診療録をみて、栄養アセスメント・モニタリング表に転記し、患者の様子を把握し、訪問日程を決めて、担当の関連職種にも連絡し、情報を得る。訪問の報告や訪問時の問題は、対面(廊下などの場合もあるが)で、関連者に報告している。また、気になる患者を担当する他職種には、随時様子を聞くようにしているが、5地区に及ぶため情報が適時に入りにくい時もある。

○本病院では、訪問リハビリテーションスタッフは低栄養の患者ではリハ効果があがらない時、また、ソーシャルワーカーは心臓病、腎臓病などの治療食や高齢者世帯のため配食サービスを必要とする患者が退院するときに、在宅の食事の方法を管理栄養士による居宅療養管理指導を依頼している。

○病院の在宅医療部に管理栄養士が病棟や外来の業務を行いながら週2-3日在宅医療部に在籍し、訪問看護師にペアみたいになって情報交換をしている。訪問看護師から、管理栄養士の訪問の依頼があるので、医師に指示書を記載してもらい訪問する流れになっている。訪問患者がショートステイやデイサービスに入るときには、情報提供書をもって事業所の担当者に会いに行っている。2回目以降は電話連絡をしている。

○本病院では、嚥下造影による摂食嚥下機能評価を病院で医師、看護師、理学療法士、管理栄養士により行い、管理栄養士の居宅療養管理指導に繋いでいる。摂食嚥下障害者には、病院で作ったミキサー食を5種類位もって在宅訪問を始めて、最終的には経口摂取に移行した。月1-2回、最初の患者は5年間継続して亡くなった。病院入院患者の栄養ケアもしているので、1ヶ月10名(月2回、急変の場合には加算請求できないが数回)への訪問対応が限界。指示書の必要事項を管理栄養士が記載し、医師が署名をする。変化がなければ継続できるようにしている。報告は3ヶ月に1回郵送で医師に送っている。介護支援専門員には毎月、訪問日を記載した報告書兼計画書を郵送により送付。変化があれば、新たに指示書をえている。この過程の事務は事務員が行う。電子カルテ上で行い、印刷郵送している。

○本診療所では、管理栄養士による居宅療養管理指導の加算Ⅱ、ケアハウス居住者のうちデイ

サービス利用者。個人の自宅には訪問していない。病院から直接、常勤管理栄養士に指示が出せるのでスムーズである。月 1 回の担当者会議で管理栄養士の訪問が必要な患者を把握し、管理栄養士に連絡している。

○本診療所は、管理栄養士が窓口になっており、外来診療の合間に医師が指示をだす。介護支援専門員からも依頼、介護支援専門員は管理栄養士の訪問に同席するようにしている。管理栄養士は、カルテに記載し、報告を付けて院長の指示を得る。カルテは院長がいつでも見られるようにしている。対象者の把握には MNA の低栄養のスクリーニングが利用しやすい、他職種に説明しやすい。

○本診療所の連携している歯科医師が訪問して管理栄養士の訪問の必要性がある場合には、そ管理栄養士がいればそのまま依頼しているが、管理栄養士は介護支援専門員と訪問して、どの部分で入らなければならないかを明確にして、医師に手紙を書いて、指示箋を依頼している。栄養剤の選択や水分量などについては管理栄養士が医師に勧告している。

○回復期リハビリテーション病院でもチームで活動しているので、在宅も継続であるので、違和感がない。管理栄養士はリハカンファレンスや担当者会議にも出席している。

○私立病院に在宅チームがあったので、栄養士として勤務後、医師、看護師、薬剤師などの同行訪問をおこなって、3年目に管理栄養士となったときに在宅チームに入った。同行訪問で他職種に学び、何を聞いたらよいかと看護師に尋ね、栄養士だから「食事のこときかなくちゃ」と看護師に言われた。忙しい看護師にかわって患者の話をよく聞き、カンファレンスでの発言が求められた。他の診療所からのオーダー(情報提供書)で、病院医師が管理栄養士に指示し、医師が、自分が責任をとるから訪問に行くように、コストはいいからどんどん訪問するようと言われた。その後、軌道に乗れば、コストがついてきた。

○情報提供書を医師とケアマネに毎月送っている。

○管理栄養士自身がアセスメントから医師の指示に繋げている。

○医師が把握して指示するケースが多いが、本来は、家族・介護者が見つけられるように啓発していくことが必要である。

(3) カンファレンス(担当者会議)について

カンファレンスに管理栄養士が参加して実施されているところもあったが、ケースカンファレンス(担当者会議)を実際に行うのは困難であり、形骸化しているという批判がみられ、さらに、今後、診療所の連携病院に在宅医療科を設置して、退院時カンファレンスに診療所の居宅療養管理指導を担当している管理栄養士の参加が提案されていた(表3)。

表3 カンファレンス(担当者会議)について

○在宅部門には、医師、訪問看護師、リハビリテーション職員、訪問介護福祉士、訪問専従の管理栄養士がいるほか、歯科衛生士も兼任しているためケースカンファレンスは、日常的なことである。また、各医療専門職は、病院内、老人保健施設、通所部門、在宅部門を2年程度で人

事異動するため、入院と同様のカンファレンス体制がある。

○カンファレンスを重視している。これなくしては在宅ケアはできないでしょう。

○ケースカンファレンスが在宅は形骸化している。近隣病院に在宅医療科ができることになっており、入院患者が在宅で過ごせるかを判断するカンファレンスが導入される。このカンファレンスに管理栄養士も入って(償還 2,000 円、半日で 10 万円)、新しい形のカンファレンスになるのではないかと。院内の診療科の表示は何でもいいので、それを利用して作ることができた。この在宅診療科のカンファレンスが、病院から在宅への大きな流れになるはずである。管理栄養士には在宅に帰ったときの食事をどうするかについて活躍してほしい。一般的に在宅でのカンファレンスは困難なので、退院時カンファレンスが重要になる。在宅医療のコンサルテーションとして退院時カンファレンスがある。これが一番よい病診連携の形であり、地域医療・介護連携体制になる。

○診療所(患者 1,000 名)の管理栄養士は、5 地区を巡回しているので、カンファレンスにできるだけ出るようにしてるが、参加できない場合もあるので、担当者には直接連絡したり、様子をきいている。

○病院のカンファレンス(担当者会議)には出席している。訪問前に日程を調整してくれることもある。

○病院では管理栄養士と担当の職種がカンファレンスを開催しなくても対面で話せる環境にある。

○連携病院の退院時カンファレンスの開催が看護師を通じてあり、医師が全て出席できないが、看護師、作業療法士が出席している。管理栄養士が出席していないが、栄養の話のカンファレンスでするのは当たり前になっているので、訪問の管理栄養士に情報が提供されている。

○診療所で担当者会議を必ず行い管理栄養士に参加してもらっている。

○電子カルテでカンファレンスも行っている。

(4) モニタリングについて

モニタリングは平均月 1 回、気になる患者には月 2 回、あるいは 1 か月 1 回のカンファレンスが行っている診療所がみられた(表 4)。また、在宅療養高齢者の食生活支援は目的であれが 6 ヶ月が 1 クールでよいという意見があった。

表 4 モニタリングについて

○在宅での管理栄養士の訪問は 1 回で完結することもあれば、3 回ないし 4 回で終了することもある。モニタリングはチームの誰でもが担当し、必要に応じて管理栄養士に報告し、訪問要請することになる。

○月 1 回の訪問で 1 年以上継続する場合は、指導と言うよりモニタリング目的の訪問になる。だらだら訪問せず、訪問をいつ打ち切るかについて、職員の統一した見解がない。

○本診療所の管理栄養士による居宅療養管理指導の訪問モニタリングは平均月 1 回は行い、気

になる患者は月 2 回行っている。毎回の朝礼では看護師から様子を把握し、必要に応じて訪問看護師にアドバイスしている。

○本病院では、1ヶ月1回の栄養カンファレンスにおいて栄養問題を検討、モニタリングは月1回(患者の状態、食事量、水分量など)実施している。

○モニタリングは月1回。

○摂食嚥下障害者の初期とターミナル期には訪問もモニタリングも頻回になる。

○食生活支援と考えれば6ヶ月間1クールでもよい。

(5)管理栄養士が居宅療養管理指導にあたり配慮していること

管理栄養士は、居宅療養管理指導の実施にあたって、在宅高齢者や家族が、管理栄養士を病院のイメージで怖いと感じていることから、受け入れてもらい信頼してもらうことを優先的な課題としていた(表5)。また、高齢者が少しでもよい状態を維持できるように、地域の文化や生活習慣・環境に見合った食事内容、摂食嚥下機能のレベルに適応した食事形態、介護者の経済能力や介護能力に見合っただけで無理なくできる食物選択や料理法のアドバイスを重要視していることが語られていた栄養相談の基本となるのは臨床栄養であり、介護支援専門員、薬剤師、介護職との情報交換や協働する文節がみられた。

表5 管理栄養士が居宅療養管理指導にあたり配慮していること

○利用者の話をよく聞くようにしている。利用者によってニーズは、様々であるので、どのようなことでも対応できるように調理器具から栄養指導に必要な道具を車に満載していく。メニューも調理方法もマンネリ化している家族には少し目先を変えて、こんなこともできますし、少しの工夫ですぐできますということを納得してもらえたかどうか確認しながら進める。一方的な指導はしないようにしている。

○何度も訪問していると、管理栄養士の指導がいつも同じことにならないように努めている。訪問を重ねると、人間関係が良好になり「来てくれることが楽しみ」だといわれることがあるが、いつまで継続するかプランを絶えず点検しながら進めている。

○管理栄養士は病院のイメージがあって怖いという印象を患者・家族がもっているようなので、初回には、親しみをもってもらうこと、信頼してもらうことなど雰囲気大切にしている。まずは、管理栄養士を受け入れてもらえるようにしている。

○補助栄養食品や配食サービスが経済的負担になることがあるので患者さんの無理がないようにしている。

○薬剤師による居宅療養管理指導が入っている患者には、薬と食事の相互関係があるので、服薬確認や相談を薬剤師としている。

○地域の文化や特性に密着し、その生活のあり様や認知症などの個人特性に見合った料理法の指導している

○食事がおいしく見えるように工夫。食事の形態を個別に対応している。

- リスク管理とリスクが起こったときの対処方法(連絡先を含めて)を重視している
- 病院当時の上から目線をやめて、患者に寄り添うということ、患者の土俵に入ること、患者・家族の生活の中に入って介護能力、経済能力の違いや環境に対応して寄り添うこと。必ずしもベストではないかもしれないが、在宅の本人や家族の環境に対応したベターな方法で行っている。
- 患者と家族との信頼関係をまず結ぶことを最優先させている。
- 少しでもよい方向に、今よりも悪くならない方向をめざしている。
- 退院時の家族の不安(とろみのつけ方、ミキサー食の作り方)。
- 調理法について対応し、家で家族ができるようにする。
- 栄養補助食品の説明と好きなものの選択と水分の補給。
- 家族と同居しているのに食事は蕎麦位しか食べていない場合には、どのように入っていったらよいか難しく、訪問介護士とも協力した。
- 高齢者の長い間の食生活は絶対変わらないので、その食生活を変えない方法で栄養食事相談をしないと効果があがらない。
- 管理栄養士と介護支援専門員とで1日ゴミ片付け、1日冷蔵庫掃除というときもある。効果がでない場合が多いが、その人の生活に寄り添って、長続きさせることが大事である。
- 高齢患者側から管理栄養士による栄養食事指導をしてほしいということは殆どないので、積極的に働きかけている。
- 管理栄養士が医療者の目線で在宅を訪問すると、好きなものが食べられない、ならば、検査値が悪くても好きなものを食べられた方がよいからと、管理栄養士は受け入れてもらえない。低栄養だから改善しようというのではなく、高齢者が何がしたいのか、それを手面っていく姿勢が大事、摂食嚥下障害のある高齢者であれば、この食べ物をおいしく食べるにはどうするのかという姿勢でアドバイスしている。
- 外来栄養食事指導の他に外来での集団栄養食事指導にも、看護師、作業療法士が関わるようにして、通所可能な患者教育を行なっている。
- 訪問に行ったら、まず患者の全身のチェックが大事。死にそうになっているのに食事の話をしてはだめ。食べてもらうには、口腔ケアをして、麻痺で硬直していればマッサージをして、食べ始めるということになる。管理栄養士も患者の身体に触れることが大事。
- 高齢者の目を見てはなしているので、メモがとりくい。できるだけ、事前の情報収集を行い、様子をよくみておくようにしている。
- 高齢者や家族にできるだけお話して頂く時間をつくる。
- 基本となるのは臨床栄養なので、60歳からでも学び直し新知識を常にえる。日本健康・栄養システム学会の臨床栄養師研修も活用。今日のことは今日のうちに処理する。特養 NST でも事例検討を学ぶ。
- 在宅にいけば生活からの問題が聞くよりもよく理解できる、高齢者患者の生活背景を、栄養ケア計画に生かす。

○時間の効率化のためにアセスメントや栄養ケア計画の用紙は常に改善し、利用者と話す時間をできるだけ多くとる。

○介護職と必ず相談しながら献立を作成している。献立会議も介護支援専門員や介護職と行なっている。

○訪問看護師や介護支援専門員からの依頼が正式に入る前に、情報があれば、在宅にサンプルやパンフレットを持っていってもらっている。

(6) 成功事例

成功事例を積み重ねて管理栄養士の居宅療養管理指導を他職種が理解し、管理栄養士を信頼していくことが推進に繋がるとされていた(表6)。また、血糖コントロール、食事量、体重や血清アルブミンの改善、褥瘡の治癒、経口移行、排便のコントロールによる訪問リハビリテーション時間の延長、座位保持時間、透析導入の延長、在宅生活の継続、口数が増えたこと、人らしい生活への回帰などの成功事例が多く語られ、家族が食事をつくれるようになったこと、家族の喜ぶ姿などの文節もみられた。

表6 成功事例

○やはり医師、訪問看護師、リハビリテーション職員、訪問介護福祉士等との連携がうまくいくと、全体として効果的である。管理栄養士だけの成功ではなく、すべてチームの成果だと思う。

○すごく簡単なことを伝えるだけで、成功することが多いと思う。果物の切り方やミキサーの使用、食材の変更、食べやすい調理法などで、成功事例がある。逆に重介護者の在宅ケアは、管理栄養士だけで成功したということはない場合が多い。通所リハビリテーションで管理栄養士が指導を担当していたが、初めて訪問してみると通所リハビリテーションではわからない生活実態が理解でき、問題解決に向かったという成功事例は、よくあることだ。

○褥瘡の治癒。

○血糖コントロールによって白内障が手術できるようになって、よく見えるようになった。

○インスリン注射が中止になって、血糖降下薬でよくなり、自己コントロールできるようになった

○摂食嚥下障害があって、胃瘻といわれていた患者が完全経口移行した。

○食事を食べられなかった患者が食形態の変更で食べられるようになり、高齢者の意欲が向上し、家族が喜んだ。

○低栄養の高齢患者の血清アルブミン値が増大した。

○腎臓病患者が食事を食べられなかった時に、管理栄養士の介入により食事が食べられるようになった。血液透析に入る時期を遅らせることができた。

○腎臓病の食事療法での低タンパク質米は、在宅高齢者が経済的に利用できない場合が多いので、データをみながら、2食中1食は制限して、透析をすることなくコントロールできた。

○介護支援専門員から、管理栄養士の居宅療養管理指導が入った時と入らなかった時の差異が歴然。

○家族が食事をつくるようになり、利用者が食べられるようになった。

○摂食・嚥下障害のレベルが改善した。

○寝返りがうてるようになった。

○車椅子での座位保持時間が長くなった。

○訪問高齢患者に食べる喜びが生まれた。

○在宅高齢患者を管理栄養士が訪問することによって、食事量や体重の変化をみることができた。

○何を一番食べてもらえるかがわかった。

○摂食嚥下機能のレベルの変化に対応した簡便な食事づくりへのアドバイスは他の職種ではできない。

○摂食嚥下障害の訪問患者で、胃瘻が導入されることになっていたが、食べられると訪問の管理栄養士が医師、歯科医師に直談し、実際、経口移行し食べられるようになった。

○少しでもよい方向に、今よりも悪くならない方向にした。

○退院時の家族の不安を解消した（とろみのつけ方、ミキサー食の作り方）。

○調理法について対応し、家で家族ができるようにした。

○胃瘻と判断されたが、本人の食べる意欲があり、少しずつ食べて姿勢も確保できるようにまでなった。

○管理栄養士がいないと食べられなくなり入院しなければならなかったが、在宅生活が継続できた。

○認知症の高齢者は数値の改善を追うとうまくいかない。生き生きしているとか楽しそうな様子が大切。少なくとも悪くならなければよいことである。

○血液データにすぐ現れる。

○低栄養状態が改善されると覚醒の悪い高齢者に活気がでて表情が変わり、口数も増える。

○うつ自殺願望のある高齢者(身長 170cm 体重 30kg)にチームで関わり、少しでも人らしい生活を取り戻したことがある。

○半分以上が経管栄養の高齢患者なので、固形栄養剤で短時間栄養にするとお通じがあって排便コントロールができるようになったり、介護やリハビリテーションの時間がとれるようになったり、寝たきりにならない。

(7)管理栄養士への他職種からの要望

居宅療養管理指導を今後、担う管理栄養士（現在協働している管理栄養士に対してでない）への訪問看護師、介護支援専門員等の他職種からの希望として、管理栄養士がどこにいて、何をしてくれる人なのかわからないことが指摘されており(表7)、介護支援専門員とは成功事例を共有化して、その有効性を理解してもらわないと管理栄養士の居宅療養管

理指導は推進されないと指摘されていた。

また、管理栄養士には在宅の生活をよくみて、病院栄養士によくある厳しい制限指導をしないこと、適切な食物を選び、食べることができるようにすることが大事である。また、管理栄養士も訪問するのであれば、医療者の一人と家族はみなすので、高齢者の全身をみて、血圧、胸の音、誤嚥、肺炎になっているか、排便状況などがわかって対応したり、適切に報告してほしいという希望や、管理栄養士自身が高齢者のためにアセスメントし、医師に指示を勧告するような馬力やその自立を求める発言がみられた。

表7 管理栄養士への他職種からの要望

- 在宅の管理栄養士は、よくやっていると思う。今後ともに業務を進めたい。
- ケアマネージャーともっと密に情報交換を密にして欲しい。
- 管理栄養士が何をしてくれる人なのかがわからない 実際一緒に働いていないとわからない。訪問リハビリテーションも昔同じで、使った介護支援専門員でないとわからなかった。そこで、1件が大事、退院のときから在宅で使う状況をつくる。退院時計画にいれて、いい結果が出ると、次も入れようということになる。介護支援専門員が鍵であり、介護支援専門員がその有効性をわからないと推進されない。
- 通院困難な高齢患者でも、移動タクシーなどで病院の外来に来てもらって、管理栄養士が訪問しなければと判断すれば、医師に許可書を発行してもらおうというのがいい。そうでないと、専門職としていつまでも医者の下で働けばいいという教育になってしまう。
- 栄養というと敷居が高いが食事というと身近に感じる。
- 管理栄養士には食形態調整をしてほしい。
- 病院の栄養指導が在宅にマッチしていない。在宅の生活をよくみて、厳しく制限をしないでほしい。
- 介護職訪問時の時間がないので、○○食品を食べてという場合が多いかもしれないが、在宅ではできない人もいるので、管理栄養士が訪問して適切な食物や食べることができるようにすることが大事。
- 在宅では、自己管理できない人はできないので、どこが最低限の必要ポイントなのかを管理栄養士が在宅訪問をしながら認識することが大事。3-4回訪問すれば管理栄養士自身がわかってくるはず。また、管理栄養士が何回か訪問することによって、高齢者側にも食べるのが大事だという認識がでてくる。
- 認知症の傾向があったりすると、何食べていますかと聞いてもみえてこないが、ゴミ箱や冷蔵庫を開けてみるとわかる。
- 管理栄養士が来たけど「何？」ということになるともう依頼されない。
- 訪問件数を増やして管理栄養士の経験を増やしてほしい。
- こすれば「食べられます」というところを本人・家族・他職種に見せることが大事
- 紹介されただけでは任せられるかわからない。一緒に働いた経験や面接が必要である。

- 入院時担当した管理栄養士が在宅まで見ることに意義がある。
- 管理栄養士による事例検討や嚥下食の作成検討などが利用者の問題解決に有効
- 管理栄養士はまずい食事を勧める人というイメージがある。
- 人の欲求として最も大きいのが、食べることや飲酒は、高齢者にとって大きな喜びであるので、食べることへの支援を管理栄養士に期待。
- 管理栄養士には馬力が求められる。
- 安全な嚥下食、正しい食事、正しい介助はありえない。リスクを説明しながら、食べられない人に、こうしたら少しはよいということだ。誤嚥するかもしれないけれど食べさせたいか？どうかということ、生きている時間をいかにいいものにしていくかということである。そうでないと、何をしてもリスクになるので、全員胃ろうということになってしまう。
- 本人・家族がなぜ知らないかといえば、地域に居宅療養管理指導があるという情報がない。どこで管理栄養士が働いているのかも見えない。社会福祉協議会と関わることもない。市のリハ、医師、ケアマネの勉強会もあるが、管理栄養士の参加がない。管理栄養士もでていってプレゼンなどしなくてはならない。管理栄養士はフットワークを軽くして、余裕のある動きをしてほしい。利用者・家族にも管理栄養士による居宅療養管理指導が入ることのメリットをわかってほしいと思う。
- 他職種が患者や家族にどのような関わり方をしているのか知ってほしい。
- 管理栄養士の高齢者の食べることの喜びを奪う制限、食の厳しい指導、生活を理解しない病院型の厳しい指導については批判、在宅が推進されない理由としてあげられている。
- 管理栄養士が何をしてくれるのが理解できない。
- 訪問看護師が必要エネルギー量の相談にのっており、それでよいと思っている（本当は推算量が違って低栄養が改善されず管理栄養士が訪問して改善した）。
- 介護支援専門員が配食や栄養補助食品をすすめているなど、管理栄養士の専門性を活用しようとしていない。
- 医師が訪問診療のときに、患者・家族に管理栄養士による居宅療養管理指導が入ることを説明すること。
- 管理栄養士も在宅訪問するのであれば、訪問看護師ができるくらいのができなくてはならない。血圧、胸の音、誤嚥、肺炎になっているかなどがわからないといけない。管理栄養士が肺炎をみすごして、その後、訪問看護師がいった肺炎でご飯たべたとかいうことになると思う。家族は訪問してくる専門職は全員が医療者だと思っている。
- 管理栄養士が排便をしてオムツが匂っているのに、おいしいですよ、これは栄養になりますよと食事を食べさせても家族は、その人を人として信じなくなる。
- 病院の管理栄養士は忙しがつているが、1件でも訪問にいけるはずである。
- 老人ホームから栄養指導の依頼に対しても、介護職や高齢者に対する5回で1シリーズとなるような講座をしてから、介護職が栄養問題のある人を見つけたら、診療所に管理栄養士の訪問を依頼するようなシステムにもっていく。

- 要支援者に低栄養のリスクを抱えている人が多いので、重度化予防の意味からも是非管理栄養士に対応してほしい。料理が困難になってきた高齢者へ簡単で安全な料理技術を教えてほしい。定期訪問や振り返りもしてほしい。
 - 医師のためにするのではなく、患者のために実施してほしい。
 - 医師の指示待ちでは広がらない。
 - 他職種を理解してほしい。
 - 医療機関や臨床栄養の経験のない管理栄養士には困難。
 - 同行訪問研修が行なわれていない。
 - 糖尿病、腎臓病、糖尿病性腎症の高齢者・家族が何をどう食べたらいいいのかわからないので、対応してほしい。
 - もう栄養指導されても長生きできない、家族には介護で大変なのに食事のことを言われると余計疲れるというイメージがある。
 - 訪問の管理栄養士という名称が管理されそうで嫌われるかもしれない。訪問栄養士や訪問栄養アドバイザーがよいかもしれない。
-

(8) 他職種との連携

他職種との連携を推進するためには、まず、地域の訪問している管理栄養士がどこにいて、何をしてくれるのか不明であることが大きな課題であった(表8)。すでに管理栄養士の居宅療養管理指導を実施している医療機関があってもその存在が地域の関連職種には伝わっていないことが危惧されていた。

歯科治療、口腔ケア、訪問リハビリテーション担当者は、その効果をあげるためには管理栄養士による居宅療養管理指導との連携協働が求められ、簡便に管理栄養士の訪問が依頼できることや同行訪問を希望していた。一方、介護職が、管理栄養士のコンサルテーションによって食物選択や調理等を行うことや配食サービスの導入によって問題解決が図られるという意見もみられた。一方、看護師や介護職が栄養・食事の専門職でないという自覚をもって、管理栄養士が入ることの必要性を認識しなくてはならないという意見もみられた。

ある地域では介護サービス事業所連絡協議会が一括して作成した連絡帳を利用者に持たせて、サービスを記載するようになって、この連絡帳で、家族や担当職種間の連絡をとりあっていたと述べられていた。

表8 他職種との連携

- 医師、歯科医師、訪問看護師、リハビリテーション職員、訪問介護福祉士、訪問専従の管理栄養士や歯科衛生士を配置しなければ連携も進まない。ニーズが先か、提供体制確立が先かは、どう考えても提供体制確立とそのチーム内の連携が先にないとできない。
- 院内には歯科医師や歯科衛生士、言語聴覚士などが配置されているので、必要があればどの

職種でも訪問が可能であるという体制は整備されているので、そんなに難しく考えることはない。ただ、このような体制作りは時間がかかった。

○医療サービスにおける病病連携、病診連携、診診連携の必要性が長年強調されてきた。しかし、主に救急や小児・周産期医療あるいはがんや認知症の医療では、多くの医療従事者が努力したにもかかわらず、連携問題を解消することはできなかった。管理栄養士を含めた連携強化が必要。

○地域の訪問や在宅栄養ケアをしてくれる管理栄養士の絶対的不足があるので、在宅栄養のだけで済むというケース以外連携が進まないのではないかと。

○地域の訪問や在宅栄養ケアをしてくれる管理栄養士がどこにいるのか不明。

○歯科医師や医師と管理栄養士間の連携は、電子カルテだけで面識がないと難しい。顔が見える情報連携が大事である。

○在宅医師が理解していないし、栄養のことがわからないし、NSTも経験していないので医師への教育が大切。

○退院指導に在宅の医師、介護支援専門員、管理栄養士が入るとうまく在宅に繋がられる。

○在宅高齢患者に多職種で関われば、課題が早期に把握できる。早く歯科治療していれば、食べられて、重度化しなかったという場合も多い。食べる環境のアセスメントと環境づくり(口腔、姿勢など)が大切。

○訪問リハビリテーションには体力があるので、訪問時に必ず体重や大腿周囲長でやせをチェックしている。認知症であると食事量が増える場合もあるし、高齢者世帯では、食事づくりが手抜きになり食べる量が少なくなっている場合もある。介護者がいるとヘルパーが入れないので、ケアマネジャーに連絡したりしている。配食サービスを頼む場合もあり、サービスを繋いでいく。そこで、それぞれの専門家がいてよいいと思っていた。

○医師だけではなく歯科医師、看護師、介護支援専門員から依頼を受けることが大切。

○介護職(調理支援、口腔ケア)へのコンサルテーションによって解決できる部分がある。

○配食サービスの活用で解決できる部分がある。

○歯科医師との連携によって摂食嚥下障害の評価ができたことが当該サービスの推進となった。

○訪問介護職として地域NST勉強会に参加すると向上できる。

○摂食嚥下評価者と食支援者としての管理栄養士による居宅療養管理指導とが一体となる。

○摂食嚥下機能評価がすすむと管理栄養士による居宅療養管理指導が必要となる。

地域高齢者の生活が重視されれば管理栄養士の居宅療養管理指導も重要視される。

○従来は、各サービス事業所ごとに利用者にもたせる連絡帳を作成していたが、現在は、介護サービス事業所連絡協議会が一括して作成した連絡帳を利用者にもたせて、サービスを記載するようになって、この連絡帳で、担当職種間の連絡をとりあっている。この連絡帳には、家族も書くので、サービスの直前に高齢者の状況を全部知ることができる。たとえば、在宅の高齢者のベットの隣にこの連絡帳が置いてあるので、訪問したらすぐ見るようになっている。食べたものなども家族が記載しているので、話をきくよりもよい。

- 他職種に積極的にしつこいくらいに電話で働きかけて情報を得る。忙しいときには、受けずに、後からかけるなどの一定のルールはある。
- 訪問リハビリテーション スタッフ、特に作業療法士、言語聴覚士は、管理栄養士との連携をしたがっているので、一緒にやっていきたい。
- 地域の褥瘡研究会に多職種が参加しているが、食事量、BMI などの栄養状態の基本データを基盤にした症例検討が多職種でできる。
- 介護職の担当にアドバイスが直接できず、責任者を通じて情報連絡することになっているが、現場に行っていない人に伝えることになるので、担当者に伝わりにくい。
- 訪問リハビリテーションと一緒にいけるシステムがあるといい。
- 医師の意見書に栄養指導の必要の有無があり、栄養指導を医師がいなくても、介護支援専門員のところにおいて、訪問できる管理栄養士がいないと繋がらない。
- 介護支援専門員に対する訪問できる管理栄養士の情報公開が必要である。
- 看護師や介護職が栄養・食事の専門職でないという自覚をもって、管理栄養士が入ることの必要性を認識しなくてはならない。
- 医師が訪問診療のときに患者・家族に管理栄養士による居宅療養管理指導が入ることを説明すること。
- 訪問看護ステーションに管理栄養士が所属すると、たとえば看護師 1 回、訪問リハビリテーション 1 回、管理栄養士 1 回というように入りやすくなるのかもしれない。
- 訪問介護職と管理栄養士は生活援助の 45 分でできる、食べられないときはどうしたらよいかなどの献立会議(献立を 2 ヶ月ごとに入れ替え)をしている。
- 患者の体調の悪いときやターミナル時の栄養ケアがあることが医師や訪問看護に理解されていない。
- もう栄養指導されても長生きできない、家族には介護で大変なのに食事のことを言われると余計疲れるというイメージがある。
- 地域の管理栄養士達が管理栄養士による居宅療養管理指導を理解していないし、冷たいことすらある。家族は病院外来で栄養食事指導をしてもらったり、代わりに介護職が外来相談をうけにきている場合もあるが、カロリー制限や栄養補助食品を勧められても在宅の生活がわかっていない。
- 介護職とは頻繁で綿密な連絡をしている。介護支援専門員へは、身体的、栄養状態の課題をすぐに連絡している。

(9) 退院から在宅への継続性

インタビュー結果からは退院時指導から管理栄養士の居宅療養管理指導へと繋ぎ退院後の生活を実際に把握した指導を行っていくことが求められていた(表 9)。しかし、退院時サービス担当者会議からは管理栄養士がはずされていることが指摘された。

表9 退院から在宅への継続性

○院内に在宅ケアを含む NST 委員会、医療責任者会議の下部組織に在宅医療委員会がある。これらにより病院内の NST チームから在宅まで継続した体制構築に努めているが、全てがうまく機能しているわけではない。

○在宅ケアを進めたくても、退院後にかかりつけの診療所の医師に興味をなさすぎることが継続性が確保できない最大の理由だと思う。

○退院支援をしている MSW や看護師が在宅訪問する管理栄養士と情報交換やもっと深い連携を取るべきだと思う。MSW や看護師でもあるケアマネジャーも努力するべきだ。

○病院でチームケアをしていますが、退院後にかかりつけの診療所の医師に興味がないとそこで終わってしまう。

○退院支援をしている MSW や看護師が在宅訪問をしている管理栄養士を知っていて繋ぐことが求められる。

○退院時カンファレンスへの管理栄養士の参加している。

○退院後の生活と結びつけた退院時指導のために必要である。

○退院時から退院3ヶ月目までの1クールが必要とされる→制度化が求められる。

○平成24年4月から病院の退院時サービス担当者会議がきちんと開催され、在宅の医師・看護師、介護支援専門員が参加するようになり、退院後のサービス調整がスムーズになってきたが、管理栄養士ははずされている。入院中に入院前と全く異なる食事療法の指示が出されている場合などは、病院に電話を入れて確認しなくてはならない。

(10) 地域包括ケアシステムの一環としての展開のために

地域包括ケアシステムの一環として点在している管理栄養士による居宅療養管理指導を地域単位の広がりにしていく地域活動が必要であることが指摘されていた(表10)。

そのためには、各市町村における地域包括ケアセンターに管理栄養士による相談窓口を設置することによって、管理栄養士による居宅療養管理指導体制づくりが進まない地域における問題解決になるのではないかと、あるいは、市町村の医療・介護のネットワーク、ケアタウン構想などの今後の地域包括ケアシステムの推進のための仕掛けのなかに管理栄養士による居宅療養管理指導などの訪問の相談窓口と機能を位置づけていかなければならないことが述べられていた。

一方、市町村別に管理栄養士も病院・施設・在宅を繋ぐネットワークを栄養サマリー等の導入して構築していくことが求められていた。

表10 地域包括ケアシステムの一環としての展開のために

○開業している診療所の先生方の理解を得ることが必要だが、何しろ訪問看護を普及させないと地域包括ケアの確立は困難なため、訪問看護の訪問件数を増加させれば、在宅栄養ケアのニーズも発掘できる。

○在宅医療に熱心な先生方はいるが、地区医師会全体では僅かだ。このようなことを変革しないとどうにもならないと思う。

○病院と在宅の連携のために、診療情報、看護、リハビリテーションのサマリーがないので、病院と在宅の管理栄養士が繋がって栄養サマリーなどがあるとよい。

○点在している管理栄養士の居宅療養管理指導を地域単位の広がりにしていく地域活動が必要である。

○A地域福祉ネットワーク(社会福祉協議会が面倒をみている)の中にケアマネ部会や訪問介護部会があってそれぞれ研修会を行っている。訪問介護では調理の仕方を学ぶこともしている。今後は、ケアマネと訪問看護など、各部会の協同研修会などが必要。しかし、このネットワークには、管理栄養士、薬剤師、歯科医師、歯科衛生士は顔を見せていない。A在宅NSTの勉強会を立ち上げたら、これらの職種が集まってきた。今後この福祉と医療のネットワークが連携していくことが大切となる。また、在宅NSTは、偉い先生のお話を聞くのではなく、稚拙であっても現場の事例検討から始めたい。

○地域ケアタウン構想が始まっているので、訪問ができる管理栄養士の配置も検討していく、診療所1つでは何人も雇用できないので、医師会が作業療法士や管理栄養士を雇用するという方法も含めて検討していただき、診療所は依頼してその費用を医師会にお支払いするという方法が望ましいのではないか。そのためには、その管理栄養士の重要性を医師が認識できないとまらない。たとえば、診療所の特定疾患指導料等が、きちんと管理栄養士の指導が行われていないと減算するなどの制度上の体制がとられていないといけない。

○地域ケアタウン構想のなかで、在宅クリニック、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション、訪問介護ステーション、総合相談窓口、訪問歯科、そこに訪問栄養ステーションも医師会で一緒に作れないか。そこに、医師会雇用の常勤栄養士に一人か二人は入ってもらえないか。地域の介護支援専門員が人材をどんどん利用しやすくする。

○病院の在宅診療部データでみれば地域における栄養管理の必要な高齢患者は150名のうち60~80名、地域ケアセンターにきちんと教育を受けた管理栄養士がいれば、3~4箇所の診療所を一人で受け持って、医師も誰か一人いれば栄養処方が出せると考えている。例えば、副主治医が栄養処方などを担い、主治医が本来の在宅診療をする。この副主治医に、臨床栄養などをしっかり研修して、管理栄養士を派遣してもらおうという仕組みができないか。

○栄養は人が生きていくのに非常に大事な部分であるので、管理栄養士による居宅療養管理指導が普及しないと、この国は終わりにになってしまうのではないか。外来にかかっている、生活が成り立っていない高齢者はたくさんいるのだから。

○市の地域ケアタウン構想では、三師会の医師会、歯科医師会、薬剤師会が中心になって、介護支援専門員の事業所、訪問介護事業所、在宅支援センター、地域包括支援センター、保健所が一緒になって検討しているので、その中に、訪問の管理栄養士も入ってくると、管理栄養士の顔もみえて、利用しやすくなる。

○N区食支援研究会から発展→医師や介護支援専門員との連携→介護支援専門員から連絡がは

いると地域の医師との契約(約7割成立)ができるようにしている。

○地域包括ケアセンターに管理栄養士がいないので介護支援専門員が管理栄養士にコンサルテーションを受けたり、訪問を依頼する相談窓口がない。

○S区では、地域の26-66歳訪問管理栄養士による定期的な事例検討と、医師会と栄養士会によるステーションを設置し相談窓口になっている。

○情報収集や調整には栄養士会を活用したい。

○管理栄養士による居宅療養管理指導体制がとれない地域には、管理栄養士に相談できる栄養相談窓口の設置が必要。

○介護支援専門員が必要と思ってくれるか、協働連携が大きな支援となる。

○地域包括ケアセンターでの集団栄養食事指導を実施している。

○地域に摂食・嚥下センターがある。

○在宅NST研究会が立ち上がり、他職種が集まってきている。

○ファースブックでの連携を行っている。管理栄養士の居宅療養管理指導のPRにもなる。

○地域の管理栄養士達が管理栄養士による居宅療養管理指導を理解していないし、冷たいことすらある。家族は病院外来で栄養食事指導をしてもらったり、代わりに介護職が外来相談を受けに来ている場合もあるが、カロリー制限や栄養補助食品を勧められても在宅の生活がわかっていない。

○区健康づくり科が食事量、水分量、摂食・嚥下障害のチェックの冊子を作って意識啓発に努めてくれている。しかし、在宅関係者や介護支援専門員に伝わっていない。

○病院在宅医療部として相談窓口をもっているのが、難病支援としての介護食の調理指導や地域の介護食への講習なども行っている。

○市町村の地域包括ケアシステムの構想に管理栄養士が殆ど参加していないのではないかと。

(11) 介護報酬制度の課題

現行の管理栄養士による居宅療養管理指導の制度については、介護保険請求の経験のない医療機関における介護保険請求の煩わしさ、管理栄養士による居宅療養管理指導を導入している診療所が他の診療所からの依頼を受けられるかどうか地域によって異なること、医師と管理栄養士の同行訪問すると加算算定できないこと、契約時の管理栄養士による訪問が加算対象とならないことへの不満がみられた(表11)。また、居宅サービスを利用している在宅高齢者全員に低栄養状態や摂食嚥下障害のレベルの把握を行うためには、介護支援専門員による低栄養のリスク把握(スクリーニング)がケアマネジメントに位置づけられること、管理栄養士による居宅療養管理指導の導入が困難な地域においても、市町村が地域包括支援センター等に在宅高齢者が管理栄養士による訪問相談が受けられる体制づくりを行うことが求められていた。

表 11 介護報酬制度の課題

- 管理栄養士の養成カリキュラムの臨床栄養師の研修システムがあることは理解しているが、講義 100 時間、実習 900 時間と言うハードルが高い。
- 管理栄養士が在宅栄養ケアばかりか、在宅ケアについてどのくらい教育を受けているのか、どのような在宅関係の研修があるのか、多職種は全く分からない。どう考えても「在宅」のことが、全く分かっていない管理栄養士もいると思う。
- 事務管理者から医療保険請求の経験しかないと言求システムがないので困難といわれる。
- 事務管理者から医療保険での往診しかしていない医療機関からは、介護保険は取り扱えないと言われたり、介護保険請求はわからないと言われる。
- 介護保険の加算取得のための体制づくりと言求事務手順のリーフレットが必要である。
- 医療保険で請求できないのか。
- お金をかけなければ、ホームページの書式に手書きしたり打ち込めば請求ができる。請求ソフトは、29,000 円位で安価である。
- 医療保険の訪問栄養食事指導も低栄養で請求できるようにしてほしい。
- 管理栄養士が医師と同行すると加算できない。これではチーム医療ができない。
- 医師と同行訪問しても加算取得できないが、チーム医療として最初は必要なのではないか、なお、それ以降の栄養相談は一人で実施するというようにしてはどうか。
- 訪問看護師が褥瘡治療でハイルときには医療保険が認められている。医療保険で入る看護師の仕事はあくまで医師をサポートするということで、特別指示書で医療保険が認められている。疾患に対して関わるのであれば医療保険からの訪問は可能ではないか。訪問保健指導のようなものを医療保険で認めることはできないのか。たとえば、脳梗塞のあとの初期治療には医師が入ったチームでしっかり介入することが必要だから、介護保険でなく、医療保険で訪問することを認めて、管理栄養士や言語聴覚士の同行訪問ができるようにしてもらってはどうか。しかし、その後の食生活を支える部分は、介護保険でよいのではないか。医療保険と介護保険の考え方をしっかり区分し、必要なところは、特別指示書で医療に入れるようにしたらよい。
- 訪問看護は、病院の看護師が 1 日同行訪問することに診療報酬がついたので、病院で訪問への理解が高まった。このようなモデルを活用できないか。
- 医師に関心がないのだから、関心を持ってもらえるように少し医師にお金が入るような報酬制度にする(指示書が簡単で報酬がつくなど)。
- 管理栄養士自身による請求ができないことが大きな障害。
- 採算ベースにのらない。
- 最初の契約のために利用者を管理栄養士が訪問して、栄養相談のための情報を収集しても請求できないので効率が悪い。
- 管理栄養士の事務作業が膨大で非効率(契約の医師への契約や報告書類作成)。
- 電話一本で依頼が簡単にできるともっと推進される。訪問リハビリテーションと一緒に管理栄養士で訪問というように簡単に依頼する制度を求める。

○在宅医療支援診療所の約半数が看取りを行なっているが、件数は1割以下で、点で、面になっていない。在宅での看取りには食べることを支援する管理栄養士が必要なので、看取りの専門職として位置付けてほしい。

○訪問リハビリテーションは3ヶ月に医師の訪問診療が必要とされているが、管理栄養士も今後そうなるのか。そうすると簡単に食生活支援がしにくいのではないか。

○診療所から指示書をもってもその診療所に管理栄養士が勤務していないと請求できない。

○管理栄養士を雇用している診療所は、他診療所からの依頼に対して、業務委託として管理栄養士が訪問している。在宅サービスの否認定者の高齢者に対しては診療所の外来指導や集団指導を委託契約として受ける、その他訪問以外の仕事も入れていかないと訪問だけでは管理栄養士も疲れて無理がくる。

○管理栄養士の居宅療養管理指導は往診と一緒にしない方がよい。医師の指示がなくても、介護支援専門員や訪問看護師が依頼があれば、管理栄養士から主治医に報告書を出して訪問できるようにする。主治医がだめな場合には、意義申し立てすればよい。一般の主治医は栄養については不得意なのだから、これらをうまく繋ぐ手順が制度として必要である。

○医師の意見書に栄養指導の必要の有無の記載があって、医師が栄養指導をいれても、介護支援専門員のところで訪問できる管理栄養士がいないとサービスに繋がらない。

○管理栄養士のいる診療所に他の診療所の患者の居宅療養管理指導を依頼しても、管理栄養士のいる診療所が診療して、指示書を出さなければならない。そうすると依頼した方の立場が難しくなるので、管理栄養士による居宅療養管理指導を実施するには、それぞれの診療所で管理栄養士を雇わなければならない。一方で、他の診療所の指示ができれば、管理栄養士を雇用している診療所の管理栄養士が訪問できる都道府県もある。

○訪問栄養といえばよい仕組みにしてほしい。

○少し医師にお金が入る仕組み(指示書が簡単で報酬がつくなど)。

○一般的に開業の医師が栄養の必要性やチーム医療をわかってない。内科では、慢性疾患の指導料がとれる。血圧だけはかって指導料をとることがないように、また、何ヶ月に1回指導料をとっていなければ、減算、あるいは、医師だけが指導した場合は50点で、チームで指導した場合は100点など加算を分けるなどして、医師に栄養指導の大切さを理解してもらわないといけない。

○地域の医師会が管理栄養士を雇用していて、診療所の先生が依頼する体制がよいかもしれない。

○現在の管理栄養士による居宅療養管理指導は、外来の栄養食事指導と同じで、医師の指示で訪問して、医師に報告してというようになっており、ケアマネジメントに位置づけられていないので、チームによる包括的なケアになっていない。

○訪問リハビリテーションは介護保険の枠内で導入するかを決められるので入りにくい。管理栄養士の居宅療養管理指導は枠外でよいのではないか。

○介護支援専門員を通じて低栄養等の問題が把握(栄養スクリーニング)されて、管理栄養士

による居宅療養管理指導が紹介される形がよい。

○介護支援専門員が管理栄養士による居宅療養管理指導を認識していないので、介護支援専門員からの依頼がない。

○介護支援専門員が低栄養の把握ができないと、全国の低栄養の在宅高齢は救えない。

○介護支援専門員が低栄養を把握できれば、管理栄養士の居宅療養管理指導の必要な人が増えるので、病院・診療所も居宅療養管理指導の管理栄養士を置こうということになる。

○病院の栄養管理実施加算、平成 24 年度から基本入院料に入っているため病院は実施するのが当たり前になったが、在宅サービス利用者全員に介護支援専門員による低栄養リスクの把握が制度化されるといい。

○介護職が管理栄養士の居宅療養管理指導を知らない場合があるので、啓発が求められる。介護職が食事の課題がみえるようになるとよい。介護職から介護支援専門員に管理栄養士の居宅療養管理指導が必要と依頼できる仕組みがあるとよい。

○病院・診療所での雇用が困難であったり、管理栄養士の人材確保が困難な場合には、地域包括ケアセンターに管理栄養士を置くことができれば、地域の相談窓口として介護支援専門員や他職種に対するコンサルテーションや訪問栄養相談も可能となる。現在、居宅療養管理指導を担っている管理栄養士が担当してもよい。

○月 2 回算定なので、2 週間毎の訪問となり、タイムリーな対応ができない。

○地域包括ケアセンターに管理栄養士を置く：病院・診療所での雇用が困難であったり、管理栄養士の人材確保が困難な場合には、地域包括ケアセンターに管理栄養士を置くことができれば、地域の相談窓口として介護支援専門員や他職種に対するコンサルテーションや訪問栄養相談も可能となる。現在、居宅療養管理指導を担っている管理栄養士が担当してもよい。

○医師が栄養管理をして在宅で喜ばれた成功経験がない。死亡診断書を 10 万円で書いて看取りをするという在宅医療ではなく、在宅医療の推進のあり方を検討することが求められる。これは、医師の育て方の問題ともいえる。

○在宅医療に対する成功報酬があってもよい。要介護度が 5 から 3 になったといえれば、栄養管理が必要になる。

○管理栄養士の居宅療養管理指導の対象者は、初めの訪問後、必要な場合には、通所サービスの栄養改善(運動機能向上や口腔機能の向上と複合型プログラム可)に繋げる体制が求められる。

○特別養護老人ホームにも栄養ケアステーションを設置して訪問ができるようになれば、補助金を地域に還元できる。

○居宅療養管理指導は枠外というので入りやすい利点がある。

○外来指導患者に対して自宅生活に繋げるために簡単に訪問できる制度があるとよい。

(12) 教育・研修のあり方

管理栄養士の養成カリキュラムに在宅栄養ケアや管理栄養士による居宅療養管理指導が含まれていないこと、また在宅訪問の臨地実習もカリキュラムに位置づけられていないこ

とが指摘されていた（表 12）。さらに、初任者には、経験のある管理栄養士との同行訪問、医師、介護支援専門員、訪問看護師、訪問リハビリテーションスタッフとの同行訪問が必要とされ、研修医のよう 1 年間の臨床研修制度として、3 ヶ月間急性期病院、3 ヶ月間慢性期病院、あと 3 ヶ月回復期リハビリテーション、3 ヶ月在宅のインターン研修画必要であるとされていた。

さらに、継続研修においては、一方的な講義形式ではなく、地域レベルでの訪問を行っている管理栄養士同士や他職種との事例検討の積み重ねが求められていた。管理栄養士は一人職種で単独訪問を行っていかねばならないので、経験者のメンターをもつことが大切であることが述べられていた。訪問技術、摂食嚥下障害レベルに対応した食形態やその調理法、高齢者や家族に話しかけたよいか、食事・栄養の問題を在宅でどのようにみればよいかを学ばなければならない。

医師や多職種にも臨床栄養や在宅栄養に関する研修が必要であるとされていた。

表 12 教育・研修のあり方

- 管理栄養士の養成カリキュラムの臨床栄養師の研修システムがあることは理解しているが、講義 100 時間、実習 900 時間と言うハードルが高い。
- 管理栄養士が在宅栄養ケアばかりか、在宅ケアについてどのくらい教育を受けているのか、どのような在宅関係の研修があるのか、多職種は全く分からない。どう考えても「在宅」のことが、全く分かっていない管理栄養士もいると思う。
- 管理栄養士の養成カリキュラムの臨床栄養の臨地実習には、管理栄養士の居宅療養管理指導が入らなければならない（訪問看護の実習は看護師養成カリキュラムに含まれている）。
- 摂食嚥下対応の養成教育が必要（養成校の特別科目であった大学もある）。
- 初任者の研専門職としての経験年数 3 年未満の初任者は、最初は医師の訪問診療あるいは訪問看護師に同行し、どのように訪問したらよいか、高齢者や家族に話しかけたよいか、食事・栄養も問題を在宅でどのようにみればよいかを学んでいった。
- 訪問する管理栄養士の臨床栄養研修は、自立した専門職を育成するという精神構造をもっている団体が行うべきである。一人で行って、自分の責任で組み立てて、誰かに連絡してサービスを持ってくるような専門職教育が必要である。
- 管理栄養士だけを対象とした一方向的講義形態ではもはや対応できない。
- 多職種の合同研修や同行訪問による経験型の研修が求められる。
- 施設長、医師の要望と医師、訪問看護師、訪問リハビリテーションスタッフとの同行訪問が必要である。
- 同行訪問を行い、先駆者が事例の経験を伝えていくことが必要である。
- 摂食嚥下障害対応のための研修プログラムが、医師を含めた多職種対象に必要である。
- 管理栄養士にもレシピの書き方や事業所の立ち上げについての研修が必要。
- 市町村レベルでの研修が必要である。

- 訪問時の技術的な研修が必要である。
- 同行訪問を行い、先駆者が事例の経験を伝えていくことが必要である。
- 研修は講義ではなく、小グループによる症例検討が有効である。
- 死生学も必要である。
- 病院の管理栄養士から在宅訪問管理栄養士を育成するのがよい。
- 摂食嚥下リハビリテーションの先駆的病院の先駆者に学び、言語聴覚士の養成学校に在籍し、口腔ケア座学を学び、ヘルパーの資格もとって居宅療養管理指導を行った。
- 低栄養状態や食べられないことをデータ(科学的根拠)をみて解釈し、さらに生活をみられる教育・研修。
- 一人職種なのでその管理栄養士の知識・技術、考え方に依存しがちなので、施設内にとどまらず様々な研修会に参加し、他の管理栄養士の在宅栄養ケアについて学ぶ。また、自分自身も様々な研修会や講演会の講師、執筆依頼があれば積極的に情報提供、啓発に努める。
- 病院等勤務経験後の管理栄養士の結婚・子育て期のキャリア継続として活用するとよい。
- 常にスキルアップのための研修や事例検討が必要。アドバイスしてくれるプリセプターやメンターが1対1が必要。
- 昔のままの知識と技術で実施している管理栄養士もいるので、常に新しい知識・技術を学ぶために、臨床栄養師制度のような認定や更新制度が必要である。
- 管理栄養士の研修制度1年間で、3ヶ月間急性期病院、3ヶ月間慢性期病院、後3ヶ月リハビリテーションで、後3ヶ月在宅といった。研修医のような現場研修制度とその活用が必要。
- マネジメントを勉強し施設長に経営上のメリットも提示できること。
- 看護師研修ではカフェミーティングも検討されている。
- コミュニケーション能力を高める研修(在宅患者・家族へのアピール、納得できる説明)。
- 在宅クリニックの栄養士の会を主催。院長は在宅NST研究会を主催。クリニック勤務の管理栄養士を孤独にさせないため。若い管理栄養士のためである。
- 管理栄養士と理学療法士や作業療法士との合同研修もあってよい。
- 理学療法士会のホームページには、在宅訪問の仕方も掲載されて、積極的な取り組みが行われているので参考にしてほしい。
- 医師の臨床栄養、在宅栄養に関する研修が必要である。
- 日本健康・栄養システム学会や日本栄養士会も在宅のことを掲載して積極的に推進してほしい。
- お金がかからない資格制度があるとよい。
- 在宅栄養ケアの必要性を知っていて、薦めてくれる職種を増やすための普及啓発と一緒に事例検討を行なうことである。

(13) その他の加算件数の伸びない理由

その他に加算の伸びない理由として以下のことがあげられた。

表 13 その他の加算件数の伸びない理由

- 管理栄養士による居宅療養管理指導は、地域でほとんど周知されていないのではないか。何しろ管理栄養士が訪問を重ね、実績を示して欲しい。
- 管理栄養士による居宅療養管理指導が何か、管理栄養士が何をしてくれるのかが患者・家族、他職種、実施していない地域の管理栄養士にもわかっていない。
- 患者の体調の悪いときやターミナル時の栄養ケアがあることが医師や訪問看護に理解されていない。
- 医師が臨床栄養の経験がなく、栄養管理による成功事例を経験してもない。外科が TPN の経験があるが、内科医は指示を出すのを躊躇してしまうだろうから、管理栄養士が勧告して、指示書を出してもらえない。最終的にその管理栄養士を訪問させたのは医師で、医師は責任をとらなくてはならないが、管理栄養士自身も責任をもって指示を出してと医師に言わなければならない。医師は行ってくださいという指示はだせるが、そこで、評価して栄養ケア計画を書くのは管理栄養士である。
- 高齢者は栄養指導されても長生きできない、家族には介護で大変なのに食事のことを言われると余計疲れるというイメージがある。
- 診療所において経営的に成り立つのは医者だけ、看護師は何をしても報酬にならないし、作業療法士も採算があわないので、管理栄養士だけ言うのはおかしい。管理栄養士がいることで、満足する患者が増えればよい。だから管理栄養士も時間があれば看護助手、事務や掃除、患者の移動も手伝う。管理栄養士だから栄養のことだけやりますというのでは在宅医療・介護は成立しない。
- 在宅総合支援診療所は家族にとっては高いので、在宅酸素療法の患者の家族さえも、訪問をしてもらわないで、診療所の外来で薬をもらいに行っていたりする。一度も医師や看護師が訪問チェックしていない。
- 管理栄養士の居宅療養管理指導における時間配分が大事、報告書まで記載してどんなに長くても1時間ではないかと思うが、連絡調整が出てくるともう1時間では収まらない。

4. 考察

(1) ニーズについて（院長、他職種から）

退院後及び在宅高齢者の療養の基本に栄養サポートのニーズが高いことが示され、管理栄養士の居宅療養管理指導の導入によって対応していることが明らかになった。具体的に管理栄養士の居宅療養管理指導が寄与する内容も明らかになり、それらは、患者の低栄養の改善、褥瘡、摂食嚥下障害、糖尿病及び腎臓病等の栄養療法の必要性、独居及び老老介護の高齢者の食形態や粗食への対応等であった。

これらのニーズは、在宅での日常生活の中に埋没し、潜在的な健康問題や疾患の再発、入退院の繰り返しに関連していてもリスクとして認識されることが少ない。患者や家族だけでなく、在宅ケアに携わる介護支援専門員や医師、看護師等における栄養ニーズに関

する理解が十分でないといえる。インタビューの中に栄養必要度などの提言もあったように、ニーズの見える化が焦眉の急である。

在宅医療では、“誰かが訪問して様子を見ること”が第一であり、在宅ケアチームの充実のためにも管理栄養士の活躍が期待された。

(2) 対象者の把握とその後の流れについて

対象者の把握方法は多様であったが、主に、退院から継続する対象者と在宅で過ごして問題が把握される対象者の 2 本立てが示された。どちらにおいても、対象の抽出がうまくいっていない点があげられた。医療機関からの場合、栄養と食べることに関する情報は、NST から在宅ケアにつながらないことが多く、在宅への移行時の必須情報になっていないといえる。入院中は疾患中心の療養管理といえるが、在宅では生活中心の療養管理となるため、栄養と食べることに関する情報は第一義的に重要になる。このギアチェンジの必要性や、情報の重みづけの変換についての認識が低いままであるといえる。

摂食嚥下などはアセスメントが難しく、ケアスタッフが気づいて発信地になることもあり、管理栄養士自身の気づきやアセスメントが重要となる。低栄養状態や摂食嚥下障害などについてのスクリーニングにおいては、管理栄養士による根拠に基づく対象者の把握を全例で実施することは難しいため、介護支援専門員や多職種が簡便に把握できる体制も求められており、管理栄養士のリーダーシップが求められている。すなわち、管理栄養士においては、在宅療養管理における栄養と食べることに関するマネジメントにも関心をもち、個別への直接ケアだけでなく、多職種の教育や利用者と家族の教育も期待される。

(3) カンファレンス（担当者会議）について

ケアカンファレンスにおける管理栄養士のプレゼンスは低い実態が示された。先に述べたように、在宅療養における栄養と食べることに関する情報の重要性は、入院時に比べて増加しており必須情報となるため、居宅療養管理指導を担当している管理栄養士の参加が求められる。栄養と食べることに関する情報は、見えにくく、カンファレンス参加者の意識も高いとは言えない現状があるため、事例に即して、提示する工夫が必要といえる。

(4) モニタリングについて

モニタリングで継続することが、居宅療養管理の強みである。アセスメントからモニタリング、評価の一連の栄養ケア・マネジメントのプロセスはらせん状に展開されるので、モニタリングの際に、新たな問題がアセスメントされる場合もある。特に高齢者においては居宅療養に関する生活面を含んだアセスメントは 1 回の訪問で完了することが難しく、信頼関係の構築も必要なため、個別性を踏まえたモニタリングの継続が重要である。

モニタリングの実態は、平均月 1 回、気になる患者には月 2 回、あるいは 1 か月 1 回のカンファレンスを行っている診療所がみられた。また、在宅療養高齢者の食生活支援が目

的であれば6か月間が1クールでよいという意見がみられ、頻度は状態に応じて個別対応が求められる。

(5) 管理栄養士が居宅療養管理指導にあたり配慮していること

管理栄養士が居宅療養管理指導の実施にあたって配慮していることは、

1. 受け入れてもらい信頼してもらうこと（病院の栄養士のイメージからの脱却）
2. 地域の文化や生活習慣・環境に見合った食事内容の工夫
3. 摂食嚥下機能のレベルに適応した食事形態の工夫
4. 介護者の経済能力や介護力に見合った食物選択や料理法のアドバイスであった。

栄養相談の基本となるのは臨床栄養であり、介護支援専門員、薬剤師、介護職、訪問看護師との情報交換や協働する努力もみられた。

(6) 成功事例

多くの成功事例が、管理栄養士だけでなく関連した多職種から示された。成功事例を積み重ねて管理栄養士の居宅療養管理指導を他職種が理解し、管理栄養士を信頼していくことが推進につながる。主な事例は、血糖コントロール、食事量、体重や血清アルブミン値の改善、褥瘡の治癒、経口移行、排便のコントロールによる訪問リハビリテーション時間の延長、座位保持時間、透析導入の延長、在宅生活の継続、食事量の増加、人間らしい生活への回帰などであった。また、家族が食事をつくれるようになったこと、家族の喜ぶ姿なども示された。特に、とろみの量の工夫などの食形態の支援は、他の職種では提供が難しい専門的知識であり、むせの予防に効果が見られた。

成功体験は、利用者や家族だけでなくケア提供者をまきこんで、関係者をエンパワーメントするので、居宅療養支援事業にとって大きな推進力となる。成功事例の情報発信は重要であり、成功した要因の分析等が今後の課題といえる。

(7) 管理栄養士への他職種からの要望

管理栄養士への他職種からの希望は、

1. 管理栄養士がどこにいて、何をしてくれる人かわかるようにしてほしい
2. 成功事例を共有化して、その有効性をわかるようにしてほしい
3. 在宅の生活をよくみて、病院栄養士によくある厳しい制限指導をしないでほしい
4. 居宅療養者が適切な食物を選び食べることができるようにしてほしい
5. 管理栄養士も訪問するのであれば、医療者の一人と家族はみなすので、高齢者の全身をみて、血圧、胸の音、誤嚥、肺炎になっているか、排便状況などがわかって対応したり、適切に報告してほしい
6. 管理栄養士自身が高齢者のためにアセスメントし、医師に指示を勧告するような力をつけて自立してほしい

などの希望や期待があげられた。

今回のインタビューでは、先駆的に実績をあげている全国の居宅療養指導実施施設であったので、他職種はある程度、管理栄養士の活動やその効果を評価しているグループであるといえる。上記は他職種も努力している項目といえるので、これらの希望に応えるためにも、他職種と連携して実践力を伸ばしていくことが期待される。

(8) 他職種との連携

他職種との連携で課題にあげられたのは、

1. 地域で訪問している管理栄養士の存在がわからない（どこにいて、何をしてくれるのか不明）。特に、病院以外の地域の関連職種には伝わっていない
2. 歯科治療、口腔ケア、訪問リハビリテーション担当者は、管理栄養士の居宅療養管理指導との連携協働を希望しているが、簡便に管理栄養士の訪問依頼や同行訪問がしにくい
3. 看護師や介護職は、栄養・食事の専門職として管理栄養士が入ることの必要性を認識する必要がある

他職種との連携で効果がみられたのは、

1. 介護職が、管理栄養士のコンサルテーションによって食物選択や調理等を行うことや配食サービスの導入によって問題解決が図られた
 2. ある地域では介護サービス事業所連絡協議会が一括して作成した連絡帳の活用で家族や担当職種間の連絡を密にとるようになった
- などがあげられた。

他職種の連携では、利用者と家族を中心に、連携をすすめることが基本である。

(9) 退院から在宅への継続性

退院から在宅の継続性は、シームレスであることが求められるが、利用者や家族だけでなく、多職種のケア提供者にとっても、療養の場が変わるだけでなく、優先事項や価値観も変化するので、継続性の確保は難しい課題である。

管理栄養士が居宅療養指導を推進するためには、インタビュー結果にもあるように、退院時指導から管理栄養士の居宅療養管理指導へと繋ぎ退院後の生活を実際に把握した指導を行っていくことが求められていた。

管理栄養士が、栄養と食べることに関する情報やアセスメントの視点を、この移行期に見える化できれば、退院から在宅への継続性を確保することに大きく貢献できるといえる。

退院時サービス担当者会議には、管理栄養士の存在がはずせない状況をつくることが求められる。

(10) 地域包括ケアシステムの一環としての展開のために

地域包括ケアシステムの一環として点在している管理栄養士による居宅療養管理指導を

地域単位の広がりにしていく地域活動が必要であることが指摘されていた

そのためには、

1. 各市町村における地域包括ケアセンターに管理栄養士による相談窓口を設置する
2. 市町村の医療・介護のネットワーク、ケアタウン構想などの今後の地域包括ケアシステムの推進のための仕掛けのなかに管理栄養士による居宅療養管理指導などの訪問の相談窓口と機能を位置づける
3. 市町村別に管理栄養士も病院・施設・在宅を繋ぐネットワークを構築していくことが求められていた

上記を推進するためにも、管理栄養士のキャリアパスを構築し、居宅療養管理指導により個別のケアを提供する者に加えて、地域の栄養管理を実践できる人材の育成も求められる。

(11) 介護報酬制度の課題

現行の管理栄養士による居宅療養管理指導の制度についての問題と課題には、

1. 介護保険請求の経験のない医療機関における介護保険請求の煩わしさ
2. 管理栄養士による居宅療養管理指導を導入している診療所が他の診療所からの依頼を受けられるかどうか地域によって異なること
3. 医師と管理栄養士が同行訪問すると加算算定できないこと
4. 初回契約時の管理栄養士による訪問が加算対象とならないこと
5. 居宅サービスを利用している在宅高齢者全員に低栄養状態や摂食嚥下障害のレベルの把握を行うために、介護支援専門員による低栄養のリスク把握（スクリーニング）がケアマネジメントに位置づけられること
6. 管理栄養士による居宅療養管理指導の導入が困難な地域においても、市町村が地域包括支援センター等に在宅高齢者が管理栄養士による訪問相談を受けられる体制づくりを行うこと
7. 利用者の立場にたって出された意見では、1割負担（530円）のことがあげられた。

栄養指導に対して支払う金額が、利用者にとっては負担になる事例もあげられており、サービス提供する管理栄養士のコスト意識も求められる。

(12) 教育・研修のあり方

管理栄養士の基礎教育に在宅栄養ケアや管理栄養士による居宅療養管理指導が含まれることや、在宅訪問の臨地実習もカリキュラムに位置づけられる必要性が示された。初任者や継続教育では、同行訪問や事例検討、経験者のメンターを持つなど、キャリア開発の支援が求められる。さらに、専門的教育・研修に加えて、在宅ケアを支える専門職としての能力開発も求められる。居宅療養管理指導を行う管理栄養士には、「在宅ケア推進能力」と「臨床栄養師の能力」の両方が求められるといえる。

居宅療養管理指導を推進するためには、上記に述べた2つの方向性の教育・研修によって個人の能力を高めつつ、さらに研修においては「組織変革を推進する能力」開発も求められる。

以上により、居宅高齢者の栄養ケア・マネジメントのための居宅療養管理指導の実態についてインタビュー調査を行なったところ、今後の推進のために、以下の課題があげられた。

1. ニーズの見える化

管理栄養士による居宅療養管理指導の対象の抽出（スクリーニング）を行い、根拠をもって在宅医療専門医や他職種・患者・家族へ栄養ケアの必要性を提示していく。そのために、ニーズの「見える化」が必要である。成功事例を活用することは、単なる数値の提示でなく、ストーリーとしてわかりやすく有効である。

2. 指導内容の質の向上

病院で栄養指導、NST等の栄養管理を経験した管理栄養士が在宅へ関わり、指導内容の質の向上を図る。

3. ケア内容の明確化

管理栄養士による居宅療養管理指導の効果を明らかにするためには、ケア内容を明確にする必要がある。成功事例から明らかになったケア内容は、

- ① 血糖コントロール
- ② 食事量が増えたこと
- ③ むせに対する食形態の調整
- ④ 体重や血清アルブミンの改善
- ⑤ 褥瘡の治癒
- ⑥ 経口移行
- ⑦ 排便のコントロールによる訪問リハビリテーション時間の延長
- ⑧ 座位保持時間
- ⑨ 透析導入の延長
- ⑩ 在宅生活の継続
- ⑪ 人間らしい生活への回帰
- ⑫ 家族が食事をつくれるようになったこと

などがあげられた。これらは、他の職種では提供が難しい専門的知識と技術である。

4. 管理栄養士の役割の構造化

居宅療養管理を担う管理栄養士のマンパワーは多くない。そこで、直接ケアを行う管理栄養士に加えて、介護支援専門員など他職種への教育を担う間接ケアを行う管理栄養士も求められる。この2つのケアサービスは専任ということに限らず、一人の管理栄養士が実施する専門機能とも考えられる。すなわち、1年間の仕事時間の配分のうち、キャリアを積んだ者であれば、直接ケアと間接ケアの両方を適切な割合で実施できる。管理栄養士の間接ケアによって、地域の在宅ケアサービス全体の質の向上にも寄与できる。

5. 対象の構造化

居宅療養管理指導は介護保険制度によって運用がされており、利用者の多くは介護度の高い層であり、今回の調査対象もこの層にあたると思われる。しかし、介護保険制度においては介護予防も重要な柱となっていること、高齢者における低栄養の出現率は介護度にかかわらずみられることから、高齢者全体に対する栄養と食べることの支援は公衆栄養の点からも重要である。

そこで、対象の構造化を図ることが求められる。居宅療養管理指導による個別ケアに加えて、これらの個別ケアから蓄積されたエビデンスや知識・技術をもとに、介護予防に資する公衆栄養の展開が求められる。

6. 在宅ケアの担い手としての2つの専門能力の育成

居宅療養管理指導を行う管理栄養士には、「在宅ケア推進能力」と、「臨床栄養師の能力」の両方が求められる。

7. 組織変革型能力の育成

居宅療養管理指導を行う管理栄養士は、個人の能力を伸ばすだけでなく、組織変革を推進する能力の育成が求められる。個人の能力獲得だけでは、在宅ケアの推進は困難であり、組織変革型能力を育成するための、教育・研修が必要である。

8. 介護保険制度の柔軟な運用

管理栄養士による居宅療養管理指導の介護保険制度での運用は、地域による対応の違いなどもみられるが、介護予防や重度化予防の観点からも極めて有効な対応である。しかし、実施回数は低迷しており、実態にみあった柔軟な運用が求められると言える。

介護保険上の最大の課題は、平成37年までに地域包括ケアシステムを確立することにある。地域包括ケアの目標は、住居の種別(従来の施設、有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅、自宅)にかかわらず、おおむね30分以内(日常生活域)に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービス場所の提供、権利擁護関連の支援、生活支援サービス、家事援助サービス、身体介護、ターミナルを含めた訪問診療・看護・リハビリテーションなどのサービスが個々人のニーズに応じて切れ目なく総合的かつ効率的に提供される。24時間365日を通じて利用しながら、病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続することを可能にすることにある。

地域高齢者住民の日常生活の基本は食事の確保と適切な栄養管理にある。それゆえ、公衆栄養の観点からの配食、管理栄養士による居宅療養管理指導や医療保険の訪問栄養指導などのサービス体制を地域に確立する必要がある。居宅療養管理指導が量的に拡大せず質的な向上が必ずしも確保できていないのは、明らかに地域で活動する管理栄養士の不足にある。

介護保険制度の創設は、介護保険施設の増加などにより、高齢者の栄養管理に専門知識と技術を有する管理栄養士の量的拡大が結果的に求められた。地域に居住し体力の衰えや障害によって、買い物ができない、調理ができない等の理由で、毎日の食事が確保できな

くなれば、他者からの援助に頼らざるをえない。家族や親族あるいは地域住民が手を差し伸べることによって問題が解決することは多いが、地域で孤立しがちな単身高齢者世帯などでは、何らかの社会的サービスが求められることになる。平成12年の介護保険制度創設によって、それまでのホームヘルプは、訪問介護事業として急速に量的拡大し、訪問して調理をヘルパーが担当する件数も飛躍的に伸びた。また、多くの通所介護事業所や通所リハビリテーション事業所でも食事が提供された。しかし、急激な要支援高齢者の増加や地域社会の崩壊は、地域で孤立する高齢者の食の確保策として、改めて重要視されるようになった。ただし、介護保険制度は、要支援・要介護者の自立支援を目的としたため、配食はあくまでも地域福祉の一環であり、介護保険サービスの給付とは考えられなかった。また、平成17年10月からは、介護保険施設における給食サービスも全額利用者負担となり、食事の提供は介護保険給付外という基本的な考え方が整理されると同時に、栄養ケア・マネジメントに関する介護報酬が創設された。しかし、翌18年4月から介護予防事業が導入され地域支援事業も開始されたことにより、配食サービスの在り方が再検討されることになった。その結果が、平成24年4月から任意に開始された「介護予防・日常生活支援総合事業」（介護保険法第115条45第2項関連）であったとも考えられる。

介護保険制度下における食事や栄養管理に関する矢継ぎ早の改革は、大きな成果となったことは確かであるが、介護保険分野で就業する管理栄養士の人数はニーズに必ずしも対応できない状況に陥った。それにも関わらず医療機関や介護事業所の管理栄養士の有効求人倍率は伸び悩んだままである。

このような問題を解決するためには、何よりも居宅療養管理指導を行う管理栄養士には、「在宅ケア推進能力」と、「臨床栄養師の能力」の両方が求められる。そのためにも、なお一層の介護保険制度の柔軟な運用が必要であると考えられる。

Ⅲ. 管理栄養士の居宅療養管理指導の推進に向けてのタウンミーティング

1. はじめに

介護保険制度創設により、栄養管理を要する居宅要介護・要支援高齢者に対する管理栄養士による居宅療養管理指導が導入されたが、医療・介護関係者への周知は未だ十分にされていないのが現状であることが、本研究Ⅱのインタビュー調査をすすめるなかでも明らかになってきた。そこで、計画当初は、雇用者調査を実施する予定であったが、全国的に実施件数が伸び悩んでいる現状を打破し、管理栄養士による居宅療養管理指導の推進することを目的にタウンミーティングを試行し、今後継続して地域の管理栄養士による居宅療養管理指導の推進に関する変化の追跡と当該タウンミーティング方式をさらに全国的に展開していくための基礎づくりをめざした。

2. 方法

(1) 参加者及び周知方法

管理栄養士による居宅療養管理指導を実施している医療機関があり、市の担当管理者に説明し、共催あるいは後援の得られた2つの市（京都府長岡京市、神奈川県横須賀市）の在宅高齢者関連の医療・介護・行政関係者及び市内の管理栄養士、栄養士を対象とした。長岡京市は研究代表者が、横須賀市は市内の大学に勤務する検討委員が運営を担当し、市の医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション連絡協議会、居宅介護支援事業者連絡協議会、地域包括支援センター連絡会、訪問介護事業所連絡協議会、デイケア連絡会、社会福祉協議会 県栄養士会活動事業部に後援名義の借用及び会員への周知、また、管理栄養士による居宅療養管理指導実施の医療機関を通じての関連者への周知をするとともに、横須賀市内の管理栄養士には県栄養士会及び県民活動事業部に協力を得て、郵送により広報した。介護支援専門員と管理栄養士は事前登録可能とし、その他は当日受付とした。

(2) リーフレットの作成

管理栄養士による居宅療養管理指導についての周知を行うために、配布用リーフレットを作成した。

(3) プログラムの作成

タウンミーティングは、2時間とし、前半に、タウンミーティングを成功させるための導入として、当該研究委員長による地域包括ケアシステムと管理栄養士の居宅療養管理指導について、当該居宅療養管理指導の先駆者であり栄養ケアの地域ネットワークの構築を推進してきている管理栄養士による「管理栄養士による居宅療養管理指導」についての説明を行うようにした（表1）。その後、横須賀市では、医師会役員による在宅医療連携拠点と栄養ケアの現状、市内の2つの病院における管理栄養士による居宅療養管理指導の体制や

取組と成功事例概要が説明された。いずれの市も後半は、参加者が気楽に発言できる雰囲気をつくりながら、1時間程度自由な意見を参加者から求めるようにした。

コーディネーター（長岡京市）及びインタビューア（横須賀市）は、インタビュー技術に熟練した研究者である委員や、市内大学関係者で市に社会貢献している社会福祉系及び看護系教員が担当した。

表1 プログラム導入部分の概要

1. 地域包括ケアシステムと管理栄養士の居宅療養管理指導について（当該研究事業の背景とタウンミーティングの目的）（委員長 小山秀夫の当日講演逐語録の要点）

○研究事業の目的は、管理栄養士による居宅療養管理指導をどう普及するかということである。管理栄養士による在宅訪問には、医療保険によるものと介護保険によるものがあり、医療保険においては、保険医療機関が実施する在宅患者の訪問栄養食事指導料は、通院できない患者の栄養指導で月に2回管理栄養士が訪問し、同一建物居住者以外の場合、つまり普通の自宅の場合5,300円、同一建物居住者の場合は4,500円算定することができる。一方、居宅療養管理指導は、介護保険法上のものであり、同様の報酬が算定でき、要介護認定者を対象とした居宅療養管理指導と介護予防を対象とした介護予防居宅療養管理指導がある。

○2000年の介護保険設立時に、保険医療機関の全ては介護保険の指定事業所（みなし指定）を受けているので、その後、都道府県担当課にみなし不要申出書を提出していない医療機関は、新しく介護保険に申請することなく、居宅療養管理指導を算定することが可能である。これは、介護保険法71条第1項115条の11を準用している。従って、よく言われる「加算取得のための申請し手続きするのが面倒」ということはない。

○管理栄養士による居宅療養管理指導は全国で月に1,000件程度しか行われてない。しかし在宅で低栄養状態、食べられないこと、食事準備に対する不安があり、困難な状況に陥っている高齢者・家族もいることから、推進されるように考え直さなければならない。

○居宅療養管理指導は、通院困難な要介護者等の自宅を訪問し、療養上の管理または指導を行うというものであり、医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等、看護職員が担当する。しかし、看護師は訪問看護で算定しており、居宅療養管理指導は殆ど算定されていないので、医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士の5職種が主に請求している。

○平成20年3月に慶応大学 田中滋先生らと、日本介護保険学会において地域包括ケアシステムが必要ではないかということで、田中先生が座長になって地域包括ケアシステムの報告書が出され、日常生活域、すなわち人口1万人位に対して、在宅での24時間365日のケア体制を、これから2025年に向かって作っていくことを提言した。

○地域包括ケアシステムとは、介護、医療、予防、そして、今までの保健医療福祉という部分に、住まいと生活支援の5つを加えたものである。高齢者住宅確保法では、昨年1月1日から高齢者の住まい法も確立し、今年4月1日には高齢者の雇用に関して、65歳まで雇用を継続するという制度が施行される。医療・介護・福祉においては、生活支援をしなければなら

い。特に、一人暮らしの高齢者や高齢夫婦のみの世帯の増加に対して、生活支援において、配食、見守り、買い物支援、そして権利擁護に取り組むということである。このために、2025 年までに、地域包括ケアシステムをあわてないで、じっくりとどうやったら作れるのかということである。

○昨年の介護報酬、診療報酬の同時改定においても、在宅医療の問題や介護関係での在宅は大きく進められてきた。介護保険制度の基本的な部分は、23 年度中に法改正をされているが、その 1 番目が地域包括ケアシステムの機能強化、2 番目が医療と介護の役割分担・連携強化、3 番目が認知症にふさわしいサービスの提供ということで、オレンジプランなどが推進されている。高齢者が住み慣れた地域で生活を続ける、要介護状態になったらどこかの施設に入ればいいと言ってもなかなかそうはいかない。高齢者数は急激に増え、お亡くなりになるお年寄りも多くなっていく地域で、どのように地域包括ケアシステムを作っていくのかがポイントである。

○平成 24 年、昨年 1 月 6 日に政府与党社会保障改革本部社会保障税の一体改革においては、1. 在宅サービス居住形サービスの強化、2. 介護予防重度化の予防、3. 医療と介護の連携強化、4. 認知症対応の推進という四つのことを閣議決定して、これらにより地域包括ケアシステムの構築・推進、ケア・マネジメントの機能強化ということが閣議決定され、地域包括ケアシステムが推進されることになった。高齢者の問題は、このままでは行政の対応としても限界にきているので、英知を集めて、どうやって地域包括ケアシステムを作るのかということが大きな課題だということである。もちろん地域で生活するというになると、一番大事なことは栄養、運動、休養の確保ができなければ人間生活が確保できないので、非常に重要なことだ。

○平成 24 年 4 月 1 日の介護保険法は、介護保険法第 115 条 45 項第 2 項を新しく作り、介護予防・日常生活支援総合事業を創設した。保険者は、栄養管理を目的とした配食、定期的な安否確認、緊急時の対応、その他介護予防日常生活支援に資するサービスを行うという法律である。この法律は各保険者が実施してもしなくてもよいが、介護保険料で集まった金額の 4 パーセント相当までが、介護予防と日常生活支援に使えることになっている。24 年度に厚生労働省は介護基盤整備に計上された 57 億円の中身が、地域包括支援センターの医療介護等の多職種連携強化、地域のネットワーク構築および地域のケア会議の運営である。地域ケア会議は誤解をされているが、まず、サービスを提供する側と、行政と、あるいは地域でのさまざまな事業を行っている人が一堂に会して、もう少し連携強化していこうというのが、本来の趣旨である。

○本研究事業でのタウンミーティングは、地域ケア会議ではないが、保険者である市町村にお邪魔して、ネットワーク構築を目指した地域ケア会議の基礎になるものとして取り組んでいる。同じ市町村の保健医療福祉住宅や生活支援の方が集まって、自由に話して頂くことがなければ、行政としても施策は勧められない。机に座っていて「ああせい、こうせい」と言っても無理である。タウンミーティングによって、管理栄養士、ケアマネージャー、医師、訪問看護師、歯科医師、歯科衛生士も入れて頑張っていこうという場を提供したい。

○昔の特定高齢者施策、現在は、配食、安否確認、買い物以外の支援事業を介護予防の二次予防と言っている。運動機能の向上、栄養改善、口腔機能の向上、閉じこもりの予防支援、認知

症の予防支援、うつ病の予防支援を、要介護状態になっていない要支援の人の、非該当けれども介護予防の二次予防が必要な人、昔二次予防対象者であった人など、広めの範囲の地域高齢者にこの6つのメニューを組み合わせ、無理なくご参加いただけるという方向で動いている。

○食事が確保できなければ、地域で生きていけなくなる。栄養状態が非常に悪くなってしまうと、在宅生活を継続できなくなる。インスタント麺と菓子パンだけで1年間暮らしていると高齢者は1年後どうなるのか。栄養は深刻な状態である。

○厚生労働省、特に老健局は「何しろ地域力」と言って、予防サービスと生活支援サービスと介護支援専門員の「3本の矢で地域社会全体のマネジメント機能を効果的に発揮してください」と言っている。介護保険制度は国がつくったが、実施するのは保険者が前面に出てやっていくことになる。市役所や役場のマネジメント能力はそんなに高くないとすると、保険者格差が今後拡大していきだけになる。その中で地域住民の暮らしを守り、介護保険の制度の趣旨にのっとり、高齢者の尊厳と自立支援のために地域をあげて対応していかないと、どうにもならない超高齢化社会の現実が、私たちの目の前に来ている。これから、どうしていくのかということである。

2. 管理栄養士による居宅療養管理指導とは(江頭文江氏の逐語録からの要点)

○管理栄養士による居宅療養管理指導は、管理栄養士が訪問し、食事量や体重の減少、脱水、褥瘡がみられてくる低栄養、食べる機能の低下、糖尿病や腎炎等の慢性疾患の食事栄養法に対応する。

○訪問リュックには、例えば、カルテ、口腔ケアセット、マスク、血圧計、メモ、利用者のための資料、摂食嚥下障害の方のためのパルオキシメーターや聴診器等々も入っている。

○居宅療養管理指導の流れは、訪問栄養指導の依頼や相談を受けたら、主治医の先生や担当の先生から指示をもらう。情報収集はケアマネージャーや訪問看護師、依頼があった職種から、あるいは医師から直接相談と同時に指示をもらう場合もある。ケアマネージャーと必ず連絡し、デイサービス、看護師の訪問日など何曜日の何時に入っているかを確認して、日程調整後に実際訪問する。

○管理栄養士の訪問時には、専門的なアセスメントによって問題点の抽出と同時に利用者または家族の例えば糖尿病、摂食嚥下障害に対してのニーズ、栄養・食事について何に困っているかをしっかり聞き出し、個別の問題解決に対応した栄養ケア計画をプランニングしていく。報告は、医師、ケアマネージャー、必要に応じて訪問看護師等に行う。在宅訪問の管理栄養士は、病院や施設に所属しているばかりでなく、フリーで、在宅地域で働く管理栄養士もいる。

○実際には地域の高齢者やその家族は、低栄養、嚥下障害、褥瘡を自分で見つけて依頼するわけではなく、地域住民の方に対して、ケアマネージャー、訪問看護師、医師が、高齢者の食事に栄養に問題があると気づいて初めて依頼に繋がる。他職種が栄養、食事、摂食機能の低下に非常に関心を高く持っていないと、実は管理栄養士に繋がらない。そういう意味では、実は、

地域作りが大事になり、そのために地域での高齢者の食事や栄養に関する研修会を、多職種の参加を頂いて推進してきた。

○現在は、管理栄養士 3 名で利用者 50 名程度に対応している。医療保険や介護保険で算定ができるのは月 2 回までなので、病院や施設と違って 365 日 3 食の食事が観察できるわけではない。そこで、実際に高齢者を担当している介護者またはヘルパー、そういった他職種の情報を確認しながら 2 週間に 1 回訪問し、モニタリングしていく。そこで何か問題があったときには、またケアマネージャーを介して情報提供やコンサルテーションする。

○多職種からの相談もある。「A さん、急に食べられなくなって、少し痩せてきたって。どうしたらいいと思う？」というように。これには、すぐ答えを出さないことが大事である。機能的に何か問題があるのか、どの程度やせてきたのか、どのくらいの期間なのかなど、いろいろと情報を収集し、その原因を探る。それまでの疾病、経過、生活情報、そして実際に食べられていないと言われて、訪問すると、プリン、ヨーグルト、アイスクリーム等を食べていてカロリーは十分とっていたということもある。まず、しっかり情報収集して判断することが求められる。

○居宅における三つの栄養アセスメントがある。栄養アセスメント（臨床所見、身体計測、生化学検査、食事摂取量調査、生活環境、心理状態）例えば、むくみ、皮膚の乾燥やかゆみ、褥瘡など。また、身体計測情報では、体重、BMI や腹囲から栄養状態を判断する。また、血液検査値、これは在宅ではそんなにたくさんの情報はないが、医師から情報があれば確認し、むくみは低アルブミンからきているのか、循環器障害からきているのか、なんのむくみなのかも判断しなければ、当然食事支援にはつながっていかない。食事摂取量、これはとても大事である。「食べられていない」と言われても、意外に食事記録や実際訪問してみると「カロリーはしっかり取れているが、タンパク質不足」とか、逆に「食べる量が少量であるが高カロリーで上手に取られていて、水分は足りない」ということがある。これは、実際に訪問してみないとわからない。病院施設は 1,200kcal、1,400kcal の食事が必要であれば給食として提供されて、完食すれば 10 割、半分だったら 5 割というように評価できる。しかし、在宅では、「食べていますか」「食べられていますか」「完食しているのね、じゃ食べられているのね、大丈夫ね」ではなく、高齢者が食べられなくなってきたときに、食べられる量だけ食べられるものだけを提供して、そして、それが完食であれば完食ですというような回答になる。そこで、食事摂取量、どれだけ食べたかということは、もちろん把握するが、食事の提供量も把握していかないと、正確な情報が見えない。

○摂食嚥下機能アセスメントである。高齢者は噛めない、飲み込めない、食事に時間がかかる、時間がかかるからつかえる、むせるから水分を取らない、これは、摂食嚥下評価の専門家が訪問できる場合には評価ができるが、それができないのであれば、管理栄養士もアセスメントをして評価をしていかないと、食事のとりよみの程度や固さの程度について判断して指導することができない。

○3 番目が食生活アセスメント、これは在宅訪問の特徴である。病院や施設のように上げ膳据え

膳ではないので、食材を誰が買い、調理を誰がし、配膳し、誰か一緒に食べてくれる人がいるのか、片付けはどうなのか、ゴミ出し、衛生状況はどうか、そして経済力を含めてしっかり見ていかないと「低栄養ですね、食べる機能も落ちている」というだけでは、プランニングをしても、机上の空論である。「食材は週に1回まとめて近所に住む息子さんが買ってきてくれる。しかし、週末になって息子さんが来る前には食材がなくなってくる。そのときにどう対応しようか」など、在宅高齢者の生活に沿ってプランニングしていかないといけない。栄養ケア計画を生活にしっかり落とし込んで作成していかないと、食事の摂取や栄養の摂取に繋がっていかない。

○地域栄養ケアは、地域一体型 NST 栄養サポートチームのように地域一体型で考えていくことが求められる。しかし、管理栄養士による在宅訪問は、本当に都道府県レベルで何人いるかというのが実状である。本当に根付かせるためには市町村単位で在宅訪問できる管理栄養士がいること、口から食べる機能が落ちてきたので、食べることを支援するためには、栄養や食形態だけみればよいというのではなく、条件を整える口腔ケア、呼吸リハビリテーション、食具を使うことなどに多職種が関連することになるので、地域ケアのネットワークを作っていくことができる。そして、その中で管理栄養士も参加して専門性を発揮していきたい。

(4)実施

それぞれの市の会議室（200名程度）において、長岡京市平成24年11月15日（木）、横須賀市平成25年3月19日 18:00～20:00に開催した。

3. 結果と考察

(1)参加者

長岡京市では、介護職83名、看護職18名、事務職11名、管理栄養士9名、介護支援専門員9名、医師6名、訪問介護6名、生活相談員4名、理学療法士3名、作業療法士2名、言語聴覚士2名、臨床検査技師1名、薬剤師1名の155名が参加した。一方、横須賀市では、市及び12団体の後援を得て、管理栄養士55名、介護支援専門員15名、介護福祉士5名、看護師4名、栄養士3名、社会福祉士3名、ヘルパー2級1名、医師1名、歯科医師1名、その他25名の計113名が参加し、参加者は様々な職種に及んでいた。

(2)タウンミーティング開催までのプロセスにおける課題

タウンミーティングの開催にあたり、市町村の高齢者福祉主管等関係部署、さらには関連団体代表に管理栄養士の居宅療養管理指導の制度、普及していない現状、その必要性について説明が求められ、説明用リーフレットの必要性を認識した。今後は、当該報告書の概要についてもリーフレット化しておくことが望ましい。

一方、行政関連部署や関連団体代表を訪問によって、地域の当該サービスへの取組の概要や、在宅介護サービスにおける管理栄養士の関わり方の現状、あるいは、其々の要望や期

待の程度を知ることができる。当該タウンミーティングは、「キック・オフ・ミーティングとしての意義があるが、これから継続的に行っていくことが大事」という意見が多かった。

(3)タウンミーティングは、在宅高齢者の低栄養に対する多職種の「気づき」を繋ぐ

長岡京市においては、知事のもとに地域包括ケアシステム推進委員会が組織され、また、当該地区医師会が地域包括ケアシステムに取り組んでいくことになっていた。このような背景のもとで開催された長岡京市タウンミーティングにおいては、「在宅療養者や要介護高齢者の必要な人に必要なサービスが届けられているのでしょうか？」をテーマに在宅高齢者の低栄養状態に対する各専門職の「気づき」を3名のコーディネーターが引き出しながら、管理栄養士による居宅療養管理指導の取り組みに対する参加者の質問に、熟練した訪問の管理栄養士が対応し、管理栄養士による居宅療養管理指導にどのように繋げていくかに議論が深まっていった(表2)。このようなタウンミーティングを今後も定期的に継続していくことができれば、長岡京市における在宅高齢者の管理栄養士の居宅療養管理指導を推進と包括的な栄養ケアシステムへの展開が期待できた。

表2 京都府タウンミーティングにおける在宅高齢者の低栄養に対する多職種の「気づき」とコーディネーターのコメント

○デイサービス看護師：高齢者の低栄養に気づいている。しかし、家族が頑張って食事づくりをしても、認知症、摂食嚥下障害、拒食などで食べてくれない。また、経済的な問題があると食べる事について何も言えない。

○訪問介護：体重や入浴時の足の浮腫みから、食事の状態を家族に聞きたいと思うが、家族が「しんどそうで、そこまでやれないのでは」と思うと踏み込んで聞けないし、一緒に考えるところまでいかない。栄養食事は費用がかかるが、経済的なことも聞きにくい。昨日は何を食べたのかなど管理栄養士が入っていけるシステムがあるとよい。

○生活相談員：高齢者が低栄養であっても、僻地で訪問介護の車にきてもらえない、家族が食事づくりができないなどが問題だ。予備軍の人も沢山いると思う。買い物にいけないと炭水化物だけ食べている高齢者もいる。

○介護支援専門員：在宅高齢者の低栄養にはいつも気づいている。在宅療養手帳の食べたものなどの記載で気づくが管理栄養士の訪問に繋がられないので、どうしたらよいか葛藤している。デイケアやデイサービスにきている高齢者に問題がある時にも管理栄養士を入れられるよいと思う。

○訪問介護：訪問介護が高齢者の低栄養の気づきをする中心だと思うが、報酬が切られて弁当がふえてきている。軽度者の独居高齢者にも低栄養も問題を抱える人達が多い。

訪問介護：通常の3分の1位しか食べていない高齢者が気になっていても、現状ではどこにもつなげられないでいた。弁当は続くと2週間ほどであきてしまう。

○地域包括ケアセンター担当者：身近な食材、料理が大切。

○医師：本人・家族が忙しくて、スケジュール調整ができない場合がある。うまくサービスが入

るように調整できるとよい。

○訪問診療の医師：単身男性高齢者の低栄養は問題である。どのように気づいて、どのようにつなぐかが今後の課題だ。

○高齢者施設の看護師：高齢者は、栄養補助食品で栄養補給して食事として食べることができない人がいる。食材の工夫はどうしたらよいのか。

○管理栄養士：居宅療養管理指導を担当している管理栄養士。訪問して2回目位になったら食事の様子をみるのが大事で、食べている様子、飲み込む様子、好きなもの、食べる順番、食べ方をみてアドバイスしている。

○医師：管理栄養士が入っていれば何とかなる。うちでは在宅診療所の医師や介護支援専門員と連携して管理栄養士の居宅療養管理指導をやっている。デイケアセンターや訪問看護師が食事の様子をみている。入り口がどうなっていくかだ。

医師：どのようにつなぐかだ。それぞれの専門職の意志をあげやすいシステムや場づくりが必要。

コーディネーターからのコメント（熟練した訪問の管理栄養士より）

○在宅訪問を始めたのは、特別養護老人ホームの管理栄養士をしていた時にボランティアを一生懸命やってくれていた高齢者の食事が、パンとケーキなどばかりで、非常に悪かったことに驚いたためである。福祉施設の管理栄養士が法人内の診療所の指示で訪問にできることが許可されるまでは大変だった。日本健康・栄養システム学会の臨床栄養士の資格もとり、今は、2名の栄養士と勤務地域ばかりでなく近隣地域において、管理栄養士による居宅療養管理指導を推進し、東京都内のさまざまな地域での管理栄養士の訪問にアドバイスしている。

○認知症の高齢者では、例えば朝は菓子パン、昼はインスタントラーメン、夜は弁当を毎日続けている事例があった。普通の食事は認識していない。しかし、デイサービスで普通の食事を続けると食事を認識して食べられるようになった。

○在宅高齢者が食べていないと依頼されたとき、カロリーや栄養素をどの位食べているのか計算して、例えば「400kcalなので〇〇栄養剤をお願いします」と言えるのは、管理栄養士である。

○利用者の満足な顔がある。QOLの観点から、どこを目標にするのかだ。たとえば、好きな甘い物をどの順番にもって行って食べてもらうかは管理栄養士ができること。

○死にたい願望があって食事を摂ろうとしない高齢者には、「仙人になっても死ねないのだから、食べよう」と支援したこともある。

○管理栄養士の居宅療養管理指導の入り口はいろいろとある。医師や介護支援専門員の場合、医師の場合は直接指示をもらうが、介護支援専門員からの依頼は、管理栄養士と同行訪問してもらいアセスメントを行った後、報告と手紙によって医師の指示に繋げる。地域包括支援センターからは、居宅療養管理指導の場合と市の委託事業で行う場合がある。住民からの依頼の場合には、管理栄養士がアセスメントし介護支援専門員を通じて医師からの指示を得ている。

○高齢者がなにを食べたいか記録する。自分自身が健康でいられる状況を把握する。栄養補給

によって別のリスクや障害も伴うことがあるので、モニタリングと医師への報告と相談を行う。

(4) タウンミーティングは管理栄養士の地域栄養ケア活動の周知のための会議の場

管理栄養士の居宅療養管理指導が地域の医療機関において僅かながら実施されていたり、あるいは、萌芽的な取り組みが行われていることが、依頼には行政担当者、医療従事者や介護保険従事者にみえていなかったり、認識されていないことがあった(表3)。タウンミーティングは、これらの地域の関係者に対する当該サービスについての周知にとどまらず、介護予防や重度化予防の観点から地域の行政・医療・介護保険施設の管理栄養士の栄養改善や栄養ケア活動の周知を行っていくための関係者会議の場を提供することになった。

たとえば、横須賀市においては、次のような医療機関における管理栄養士の居宅療養管理指導、診療所からの訪問栄養食事指導、介護予防栄養改善、介護保険施設からの配食サービス等の取り組みが管理栄養士によって行われてきていることが、タウンミーティングの場においてははじめに関連者に周知された。

表3 横須賀市における管理栄養士による高齢者のための栄養ケア活動の取り組み

○管理栄養士による居宅療養管理指導の体制づくりが2医療機関で行われ、病院のNST、栄養管理や退院時指導と連携した管理栄養士による在宅訪問が可能となっている。

○1病院は診療所やケアセンター、特別養護老人ホームや介護保険施設を含むグループ病院として、病院・施設・在宅への切れ目ない継続的な栄養ケア・マネジメントが推進できる体制をもち、他の診療所においても当該病院と連携体制がとれるようになっている。

○高齢福祉課介護予防担当に常勤管理栄養士が配置され、市の人口の約4分の1に相当する65歳以上の高齢約11万1,000人のうち認知介護予防対象者が約4割、さらに、この1割約1,800人が基本チェックリストの栄養改善の2項目の該当者で、これら的高齢者は通常型の栄養改善の教室、運動機能向上教室での栄養講話に4割が参加するが、後は電話で状況確認を行い、訪問型の栄養改善をおこなっている。要支援や要介護に移行せずに、なんとか現状維持・改善に努めているが、今後さらに4年後の平成29年度には、高齢化率が3人に1人となり、居宅での栄養管理は、ますますニーズが高くなることから、横須賀市の栄養士の中でのネットワークの構築と多職種連携が求められている。

○市は社会福祉協議会に委託して、高齢者単独世帯、夫婦高齢者世帯に対して管理栄養士のいる施設において作成された食事を週4回、地区社協を通じて配食サービスを実施している。特別養護老人ホームの常勤管理栄養士はこの配食サービスの弁当に、栄養バランスをはじめ、手作りでおしく食べることを支援できるように細やかな配慮をしている。

○1の病院と契約して、居宅療養管理指導や医療での訪問指導に携わり、長期的に取り組んだ成功事例を有する地域のフリーの管理栄養士がいる。

(5)管理栄養士による居宅療養管理指導の体制づくりや取り組みに関する情報の提供

入院から在宅への一環した医療・介護サービスの連携体制づくりや、さらなる病診連携の強化が緊急な課題として求められている病院経営の担当者からは、タウンミーティングにおいて紹介された病院の管理栄養士の居宅療養管理指導の体制づくりが参考になったという意見があった(表3)。近隣の医療機関における体制づくりや取り組みが語られたことは、近隣病院の参考となり、また、地域において、今後、管理栄養士による居宅療養管理指導が推進される大事な情報の提供や交換の場となった。

表4 横須賀市のタウンミーティングにおける医療機関等における居宅療養管理指導の体制づくりや取り組みに関する情報の提供

○在宅支援診療所やケアセンターを有する病院グループにおける取り組み

○病院NSTや栄養管理を必要とする患者の退院後の継続的な食事・栄養ケア体制を院長及び宅療養支援診療所の医師、ケアセンターの介護支援専門員の支援を得て、病院が指定居宅療養管理指導事業所となり、かかりつけ病院から管理栄養士の居宅療養管理指導の依頼を受け付けられる体制づくりをした。一方、当該病院が平成24年度厚生労働省 在宅医療連携拠点事業を推進していたことも大きく寄与していた。

○病院はみなし指定されていたので申請の手続きは必要がなかったが、次に①依頼元となる医師や介護支援専門員から、確実にニーズがあること、②管理栄養士の人件費の採算性について、新規事業による支出の大部分は訪問の管理栄養士の人件費であるが、病院の管理栄養士は現在業務によって既に採算が取れているので、この新規事業のために新しく管理栄養士の雇用や残業時間が大幅に増大することはないこと、③かかりつけ病院からの依頼は、件数内容の制限は必要であることの3点をあらかじめ確認された。

○病院での介護保険の扱いによって関連専門職の業務負担が増大するのではないかという各部署の不安を解消するために、プロジェクトを立ち上げ、医師、介護支援専門員、管理栄養士、事務局からは事務局長をはじめ地域連携課、医事課、経理課、総務課が参加した。事業所の運営規定の決定、重要事項やサービス内容契約書の作成、申込書の作成、フローチャートの作成などについて3回の会議で概要を決定することができた。

○運用は、在宅主治医、介護支援専門員から相談が、管理栄養士にあり、訪問可能と管理栄養士が判断した場合に依頼を受ける。在宅主治医からの相談の場合には、担当の介護支援専門員にも相談する。介護支援専門員からの相談は、在宅主治医に指示を仰ぎ、正式には地域連携課を通して、依頼をもらう。院内での情報共有はフリーシステムである情報共有フォルダを使用し、電子カルテIDの確認と発行が、書類の管理を電子カルテ上で行うために必要になる。電子カルテ内で、介護保険の関係の資料は、フォルダ分けをして医療保険と介護保険に区分して保管をし、介護保険の場合は、医事課担当が請求業務を行うソフト、ウィンケアのIDを発行する。病院はこのソフト、ウィンケアを所持していないため、グループ内のケアセンターで代わりに確認をし、発行する。医療保険の場合は、主治医が当該病院医師である必要があるため、紹介

という形を取り、指示を出し直す。利用者には介護利用料の口座振替サービスを利用してもらい、現金の回収業務をなくしている。その後、事前訪問を行い、契約をし、栄養ケア計画を作成して実施する。

○成功事例としては、塩分とカリウム制限の指示を得た在宅患者、調理者であるご家族の不安の軽減と、ご家族と同じものを食べたいというご本人の思いを満足させるための食事を考えて栄養相談を行った。当法人内老健のデイケアを利用していたため、老健の管理栄養士にも協力を仰ぎ、デイケアの食事内容を調整し、本人・家族が満足され継続している。

○病院における退院～在宅への連携の仕組み

○一般病床 35 床、療養型病床 46 床、介護型病床 36 床からなる慢性期医療病院。平成 16 年 4 月より、いち早く NST を立ち上げた。平成 17 年 10 月から、介護病棟で栄養ケア・マネジメントを導入し。平成 18 年 4 月より、栄養管理実施加算が始まり、当時 4 名の管理栄養士で、全入院患者に栄養管理、給食管理、外来栄養指導、全て行っていた。また、入院患者には高齢者が多く、退院後、栄養状態が悪化して、再入院してくるケースもあり、在宅においても栄養管理の必要性を感じていた。

○平成 18 年に、当時の NST チェアマンが、NST 患者で自宅退院する人の栄養サポートができなくなるので、居宅療養管理指導で低栄養も算定できるようになったので、訪問栄養指導準備会議を立ち上げ、2つの地域の在宅栄養士のグループのフリーの管理栄養士が病院と連携して行う訪問栄養食事指導の実施を目指して、看護婦長、事務部長、院内スタッフを集めて、契約関係や届け出は事務方に依頼し、指導書類は管理栄養士、仕組みや依頼の流れについては、訪問看護師や訪問リハビリテーションの理学療法士に助言をもらい、話し合いを重ね、必要書類を作成して、平成 20 年 3 月より、栄養科に指定居宅療養管理指導事業所を設置し、管理栄養士による訪問を開始した。

○居宅療養管理指導の流れは、NST、ケースワーカー、訪問看護ステーション等の協力により、在宅栄養管理の必要な患者を抽出し、主治医が訪問栄養指導指示箋を発行し、病棟担当栄養士より、訪問担当栄養士に、栄養指導に必要な情報を引き継ぎする。必要書類は病院側の管理栄養士が用意し、栄養ケア・プランの作成契約関係の説明等は訪問栄養士が行う。請求の流れは、栄養ケア提供記録を月末までに当院栄養科に送ってもらい、コピーして請求事務担当者へと給与事務担当者へ提出し、請求書と受領書を作成します。訪問栄養士は当院の非常勤アルバイトとして契約して給与が支払われる。

○訪問栄養指導の実施をすることが決まり次第、訪問担当栄養士に連絡を取り、NST ミーティングや退院時カンファレンスに参加してもらう。訪問栄養士より利用者へ連絡を取り訪問日を決める。

○成功事例としては独居男性、3 年間までの延べ訪問件数は、77 件となった事例もある。利用者は、低栄養障害、嚥下障害、糖尿病、慢性腎不全、終末期の高齢者であり、今後も、入院中から各職種と連携を密に取り、対象者を把握し、スムーズに退院後の管理栄養士による居宅療

養管理指導につなげ、多くの地域の在宅療養者の生活を支えていきたい。

○フリーの在宅訪問管理栄養士の取り組み

○フリーの管理栄養士の場合は、各地域で個々の開業医の先生と個別に契約の指示をもらって報告している。一方、管理栄養士単独の事業所は、訪問看護師ステーションのように一つの認められた事業所ではない、保険請求、訪問はボランティアというわけにはいかないで、介護保険を請求するためには、診療所に指示報告だけでなく、請求というところまでをやってもらって初めて成立する。熱心に訪問診療の医師たちとの出会いがあって仕事ができている。病院での NST や介護保険での栄養ケア・マネジメントへの関心が高くなるなかで、地域在宅でもシームレスな栄養管理を継続しようと訪問栄養士を求める声は高くなってきている。一方、診療所での管理栄養士の配置は少なく、特に常勤ということもない。外来及び在宅で活動できる地域でフリーで活動する管理栄養士存在するが、保健所や各市町村からの保健的な指導に係わっている場合が多く、今後、しっかり在宅に係わっていけるかという点、まだまだ、課題がある。

○その他のフリーの管理栄養士は、病院と連携して居宅療養管理指導を担当した。老老介護の妻が夫の介護をしなければならなかったが、買い物もままならない状況であった。配食弁当をとっていたが、1日3回、月90回の食事を全部まかなえるものではない。「一緒に何をつくりたいか」と聞いては、一緒に料理することを繰り返してよろこばれた。しかし、フリーの管理栄養士が自分で営業するのは難しい。

(6) 管理栄養士による居宅療養管理指導の推進のための地域背景

長岡京市においては、京都府における知事による地域包括ケアシステム推進委員会の設置や地区による地域包括ケアシステムの推進への取り組みが、横須賀市においては、地域包括ケアシステム構築にむけての平成24年度厚生労働省在宅医療連携拠点事業が市の旗振りにより医師会や病院を拠点に行われていたことが大きく寄与していた。また、横須賀市医師会役員や医療機関経営者の栄養に対する認識や病院における NST などの経験が大きな推進力となっていた(表5)。

表5 横須賀市医師会の取り組み

○医師会(12病院237診療所)は昭和62年病診連携の推進として連携医療セミオ-プンシステム、平成10-12年国・県地域連携推進モデル事業「高度医療機器の共同利用システム」「24時間在宅医療連携システム」、10~15年地域の在宅医療連絡会議 在宅医療検討会/勉強会が推進され、平成13年から地域連携の栄養管理事業や栄養管理研究会の設置し、地域の医師、管理栄養士等多職種参加の栄養管理の研究会が生活習慣病の栄養管理について開催された。また、診療所と在宅のフリーの管理栄養士組織とが連携した訪問栄養食事指導が取り組まれるようになってきた。18~20年には「国・県地域連携医療推進モデル事業」、20~22年「地域医療連携助成事業」、23年「看取り連携医療」、そして、24年度厚生労働省 在宅医療連携拠点事業に取り組

んできていた。

○医師会役員は、診療所生活習慣病の管理栄養士による栄養食事指導は効果があるという認識をもつようになっていった。また、末期がん患者についてのアンケート調査を行ったところ、本人が食事に栄養面、おいしいもの、簡単なものを重視しており、家族が困っていることは、調理法、味付け、摂食嚥下対応であったことなどから、管理栄養士の在宅訪問の必要性が指摘された。現在、市の在宅医療を行っている医師の半数が時間の確保と病院との連携に問題を感じていた。栄養ケアも病院との連携において食事・栄養の情報を繋ぎ適切な食事・栄養ケアを継続できるか、病院において NST 加算が導入されたように、管理栄養士の在宅訪問によって診療所の医師の業務時間を短縮できるかも今後の検証すべき課題と考えられた。

(7) 関連団体や多職種からの要望

タウンミーティングにおける他職種からの意見として、次のような意見があった(表6)。管理栄養士の居宅療養管理指導がどのようなものかが、地域の関係団体、関連職種に周知されると、今後の連携協働を期待する発言が多くみられた。

表6 関連団体や多職種からの要望

○病院管理者：機能型の在宅療養支援病院として地域医療をめざしている。スタッフの問題、医療と介護の制度の壁が大きな課題である。何を解消して何を行っていくのか、このような会で、これからも勉強していきたい。情報提供をお願いしたい。

○行政関係者：市は在宅医療介護連携をすすめるために多職種による在宅医療連携会議を推進してきた。在宅における栄養管理がとても重要であることがよく理解できた。管理栄養士との連携を進めていきたい。今日を契機に連絡協議会を立ち上げるとのことなので、よろしく願いしたい。

○経営者「病院には、NST、栄養管理、栄養食事指導などが、介護保険施設には栄養ケア・マネジメントなど管理栄養士の活躍の場があるのに、在宅部門はない。「それではつくろうか」ということをグループの診療所の医師と相談して引き受けてもらった。医療保険で治療を受けている患者が栄養食事指導となると介護保険となるのは・・・医療請求上の課題があるように思う」
医師：「平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業として足りなかったのは管理栄養士の訪問であった。いろいろと考えてみたが複数の管理栄養士がいる病院の管理栄養士が訪問するのが一番よいと考えられた。医療保険請求の病院で、今後、介護保険請求をすることがネックだと感じている」

○介護支援専門員「管理栄養士に栄養ケア・マネジメントしてほしい利用者がいたが、どこにお願いしたらよいのかわからず、インターネットを調べたことがあった。ケアマネージャーも忙しいので、今は、レトルト食品の情報検索をするなど、短時間で簡単に処理してしまっている。

○介護支援専門員「在宅訪問の栄養ケア・マネジメントはまだ知らないケアマネージャーが殆どであり、今回のタウンミーティングで必要性がわかったので、協力して進めていきたい。腎

臓障害のある事例では、家族がかろうじて食事の準備をし、本人も我慢しながらやっているが、医師からカロリーをあげるように言われて、どうしたらよいかと困っていた。こうなると、在宅療養の継続さえ難しくなるので、管理栄養士の訪問が必要だと思う。

○訪問看護ステーション連絡協議会会長：「訪問していて、いつも思うのは「食べることが生きる源だ」といことである。チームで、在宅高齢者の「食べること」をどのように支援していくかが大切。無理強いをしないで、本人の QOL に沿った「食べること」を支援していかなければならないと感じている。在宅チームで協力しあって、「最後までごはんを食べ続けたい」という高齢者を支援していきたい。」

○訪問介護スーション連絡協議会代表：「在宅高齢者は食事をつくるのに苦労している。1年間ほどエンシュアだけ飲んでる人もいるので、管理栄養士にかかわってもらいたい。「どうして食べないのだろう」と不安になっている家族もいる。病院ではとろみ食やペーストと言われても、退院するとパクパク食べている高齢者もいて、ヘルパーが見極めができない。訪問介護でも管理栄養士の居宅療養管理指導と連携したいので、どんどん浸透させてほしい。」

○社会福祉協議会「市の委託を受けて単独高齢者や高齢者夫婦世帯に配食サービスのお弁当を届けている。これらの弁当は、在宅で生活をしている方を栄養面でも保護していこうということで、市内の管理栄養士が介護福祉施設などで作成されているので、安否確認はもとより栄養面での配慮を行っているが、住民や地域の民成委員の皆様もよく理解されていない。管理栄養士と栄養士の違いもわかっていない社会福祉の関係者や、配食に福祉施設の管理栄養士がかかわっていることも知らない利用者もいるだろう。そこを周知していかないと広がらないように思うので、勉強していきたい。」

(8) 地域栄養士連絡協議会設置の必要性

地域の管理栄養士が主体的に参画するネットワークづくりが行政及び関連職種団体から求められていた。管理栄養士によってどこで、どんな取り組みが行われているのか、どこに連絡すればよいのかという管理栄養士の居宅療養管理指導のみならず地域管理栄養士の栄養ケア活動の「見える化」が求められた。

今後は、当該タウンミーティングを契機として、地域栄養士連絡協議会の準備会が設置されることになった。この協議会は、地域栄養士のネットワークとは、県栄養士会などの幾つもの市町村を含めた大きなブロック単位ではなく、それぞれの市町村単位の地域包括ケアシステムの推進に寄与するための、即決力と機敏な実践力、情報連携力を有した真に機能できる各市町村単位の栄養の専門職集団をいい、他専門職の連絡協議会（あるいは連絡会）と並び称されなければならないと考えられる。

当該連絡協議会は、地域の管理栄養士・栄養士の連携及び他職種との連携の場づくりをしていくとともに、地域のケア会議にも管理栄養士の代表が参画し、地域包括ケアシステムの推進に参画していくことになった。

4. おわりに

タウンミーティングは、地域包括ケアシステムの推進の管理栄養士の居宅療養管理指導等の在宅訪問をはじめとする地域栄養ケア活動を地域関係者に周知し、今後、しっかりと位置付けていくための地域会議の場を提供することができたと考えられる。また、当該タウンミーティングの開催のプロセスは管理栄養士の居宅療養管理指導のみならず地域栄養ケア活動の現状や課題を分析し、地域の情報を収集し統合していくために重要であった。

さらに、当該タウンミーティングを契機として、「地域栄養士連絡協議会」を設置して、地域の行政、医療施設、介護保険施設、その他地域栄養活動を担当している管理栄養士が主体的に参加して連携していくばかりでなく、他の関係職種とも連携し、共に地域包括ケアシステムづくりに協力していくことの意義は大きいと考えられる。

本年度のタウンミーティングは、2市での試行であったが、今後、管理栄養士の居宅療養管理指導を推進するために、これらの2市の今後の変化を追跡していくことにする。在宅高齢者の「食べること」を支援するためには、栄養ケアに関する地域ケア会議の開催が、学会や大学機関などの中立的立場からの介入によって緊急に必要な時期である。そこで、次年度も厚生労働省老人保健健康増進等事業の交付金による当該タウンミーティング方式をさらに全国的に展開しながら、市町村資源の実態の把握と地域の管理栄養士による居宅療養管理指導の推進に関する変化の追跡を継続できることを願っている。

IV. 管理栄養士による居宅療養管理指導の展開に向けての提言

委員長 小山 秀夫 兵庫県立大学大学院教授

管理栄養士の居宅療養管理指導の量的拡大と質的向上のために、本調査研究事業の結果を踏まえて以下の事項を提案するものである。

1. 管理栄養士の居宅療養管理指導に関する仕組みについて、医療従事者や介護保険事業者に一層の周知徹底が必要である。
2. 主任介護支援専門員および介護支援専門員に対する高齢者の栄養管理教育の一環として、摂食嚥下障害・栄養障害と健康障害（低栄養、誤嚥性肺炎、褥瘡、ADLの悪化、要介護度の悪化）の基礎教育と継続研修の充実が必要である。
3. 介護保険者（市町村）の介護保険担当者に対し、介護予防や重度化予防の観点から地域における栄養管理サービスに対する注意喚起が重要である。
4. 関連通知等の文章の内容について、より分かりやすい文章とし、Q&Aなどで具体的事例紹介や解説（例えば、「通院困難」とはどのような状態か等）が必要である。
5. 管理栄養士の医師・歯科医師・薬剤師・看護師・リハビリテーション職員・歯科医師・歯科衛生士との同行訪問について、規制緩和が必要である。
6. 管理栄養士の訪問可能回数は、1日で平均4回程度であり、介護報酬上の評価について、利用者の実態に加えて経営実態の詳細な調査が必要である。
7. 平成24年4月から任意に開始された「介護予防・日常生活支援総合事業」の配食事業に必要に応じて高齢者栄養管理に精通した管理栄養士の関与が必要である。
8. 管理栄養士には、「在宅ケア推進能力」と「臨床栄養師の能力」向上についての栄養士養成、国家試験の見直し、初任者研修、継続研修の一連の生涯教育体制の確立が必要である。
9. 地域包括支援センターに管理栄養士の関与を義務化する必要がある。
10. 地域医療を担当する医師・訪問看護師・主任介護支援専門員および介護支援専門員と管理栄養士の連携強化が重要であることから、今後、管理栄養士を地域会議のメンバーに加えることを提案したい。

管理栄養士による

居宅療養管理指導って何??

介護認定を受けている在宅高齢者が特別食が必要であったり、低栄養状態にある場合に、管理栄養士がご自宅に伺い栄養ケア計画を作成し情報提供や栄養食事相談を行います

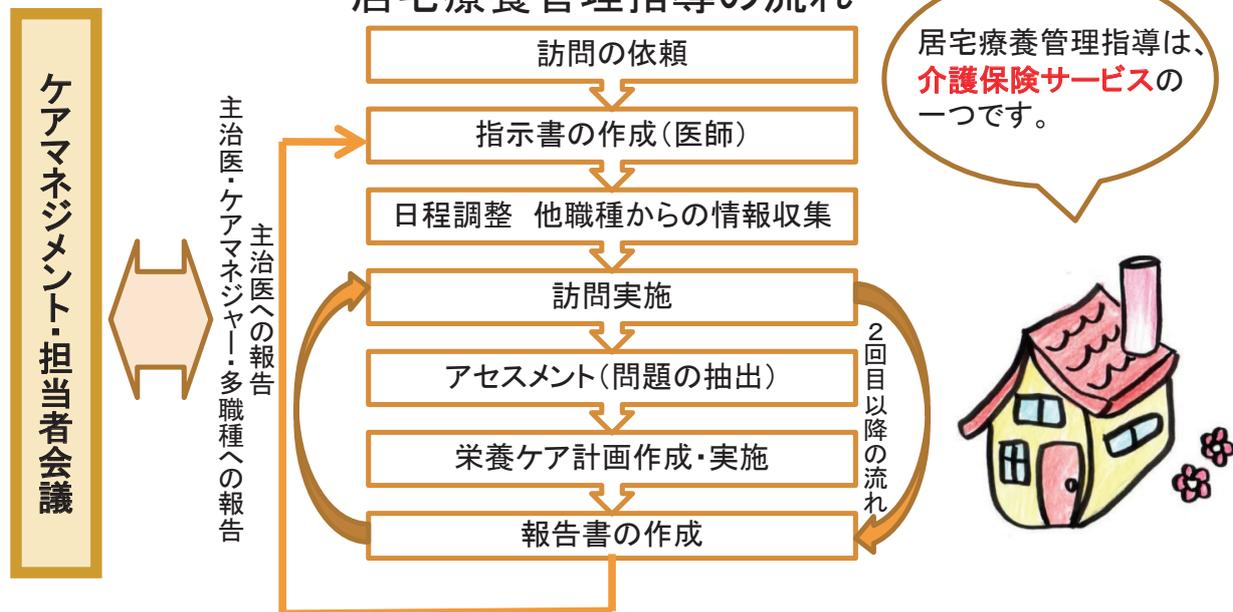
どのようなサービスがあるのか

- お食事の量が減り、体重減少、脱水、褥瘡など栄養状態に問題がある方に対して、栄養状態の改善に向けてアドバイスを行います。
- 摂食・嚥下が困難な方へアドバイスを行います。
- 厚生労働大臣が定める特別食※など様々な食事についてご相談にのります。
- 疾病の後遺症や年齢とともに食事が上手に食べられなくなった方に対して、お食事の様子を観察・評価し、食べ方や食べやすいお食事の内容についてアドバイスを行います。
- 美味しく食べるために食事姿勢や食事介助法についてのアドバイスを行います。
- 必要に応じて調理指導を行います。

* 特別食とは？

腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食のことです

居宅療養管理指導の流れ



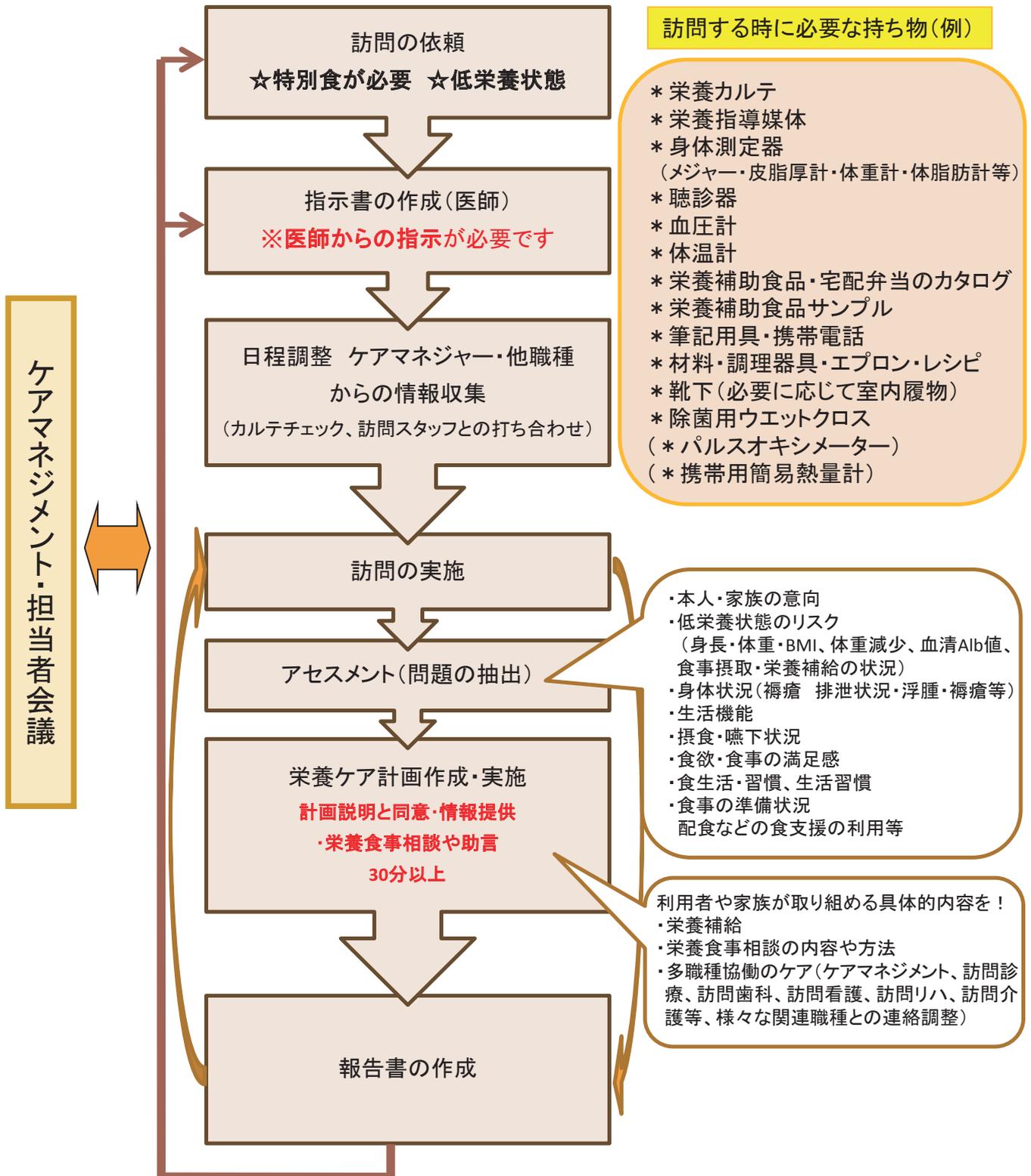
利用料金

1回の訪問に5,300円がかかります。介護保険の適応がある場合は、原則として利用料金の**1割の530円**が**自己負担金**となります。
居住系の施設については、4500円、自己負担450円です。また別途交通費がかかります。

報酬を得るために、フリーで活動する場合は、居宅療養管理指導事業所との**契約**が必要になります。

居宅療養管理指導の準備と手順

実施手順(訪問栄養指導の流れ)



初めての訪問のために(訪問マナー)

栄養ケア・マネジメントの実施、継続させるうえで重要なことは
強い信頼関係を築くことです

居宅は利用者の「生活の場」です。初めての訪問は、利用者に安心感や信頼感を与えるための第一歩であり、その後のコミュニケーションに大きく影響します。訪問管理栄養士のひとつひとつの接遇が、居宅療養管理指導の評価に直結しているといっても過言ではありません。

コミュニケーションの手段

○言語メッセージ(言葉そのもの)

- ・話し方、話しかけ方
- ・声の大きさ
- ・導入の仕方
- ・相手に合わせた話し方 など

○非言語メッセージ(言葉以外のもの)

- ・見た目
- ・服装
- ・目線の高さ
- ・相づちや頷き など

訪問のときに気を付けること

◆ 身だしなみ

- 第一印象として「見た目」はとても大切な要素です。服装は常にきちんとした清潔感のあるものを心がけましょう。
- 名札等の身分証明書を身につけましょう。

◆ 話すとき

- 利用者の呼び方: おじいさんなどではなく、〇〇さん等の名前で呼びましょう
- 声をかける位置・タイミング: 視界に入る前方から声かけをしましょう。
- 目線の高さ: 利用者との目線の高さを同じにしましょう。
- 話す位置: 麻痺や難聴などに配慮しましょう。
- 自己紹介: 明るく自己紹介をしましょう。
- 言葉づかい: 失礼のない言葉づかいをしましょう。

◆ サービスを行う時

- プライバシーの確保: 訪問先は利用者の生活の場であるため、利用者のプライバシーに関して、他へ漏れることのないようにしましょう。
- 自己紹介からの話の展開: 日常会話をしてから徐々に本題に入るなど、利用者が話をしやすい環境を作りましょう。
- 聞き方: 一方的に話したりせず、気持ちに余裕をもって、利用者の声に耳を傾けましょう。
- 専門的な言葉: 専門的な言葉は避け、利用者にわかりやすい言葉に置き換えて話をしましょう。
- 持参する資料: わかりやすい資料を持参しましょう。イラストや写真、文字の大きさなどに気をつけましょう。

<玄関先でのコミュニケーション例>

- ・ドアを開けたら、
「こんにちは。▼▼事業所の管理栄養士の〇〇です。おじゃまします。」とまずあいさつ。
- ・靴を脱いだら必ず揃えましょう。
- ・居室ではお会いする人にも「管理栄養士の〇〇です」と名乗りましょう。

事例から学ぼう

基本データ

75歳 Mさん 男性

主病名:脳梗塞(右麻痺、構音障害)、既往歴:誤嚥性肺炎

ADL(移乗、移動、排泄、更衣、保清):一部介助、日中は車いすで過ごす

食事は準備すれば自力摂取可

主な介護者は妻、同居の娘あり、退院後の食形態:全粥、ミキサー食(一部ソフト食)

エピソード

数年前に脳梗塞を発症、右片麻痺が残るも、自宅へ退院し、食事は普通食を食べていた。数か月前に、誤嚥性肺炎を発症し、入院、退院後より管理栄養士の居宅療養管理指導にて介入開始

その他の在宅サービス

通所リハ2回/週、通所介護3回/週、訪問リハ1回/週、居宅療養管理指導(医師、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士)

身体情報

身長:156cm、体重:51.3kg、BMI:21.1

入院中の体重減少はなし、Alb3.3g/dl(退院時情報)

栄養ケアの課題

脳梗塞の後遺症と加齢により、摂食・嚥下機能の低下があり、誤嚥性肺炎の再発のリスクがある。ミキサー状の食形態での食事となり、低栄養になるおそれがある。



長期目標

いつまでも口からおいしく食べたい、誤嚥性肺炎での再入院は避けたい

短期目標

- 1)現在の栄養状態を維持し、自宅での生活を安定させる
 - 目標栄養量:1400kcal、たんぱく質53g
 - 作業療法や理学療法なども積極的に行っており、リハビリテーションを継続できるだけの体力をつける
- 2)少しでも形ある食事を食べることができる
 - 食事形態:全粥、ミキサー食、一部ムース食可
 - 食材の特徴を理解し、軟らかく飲み込みやすくするための料理法を理解する
 - ミキサーの使い方を理解する
 - トロミ調整食品やゲル化剤などの嚥下特有の商品の使い方を理解する
- 3)誤嚥性肺炎の再発を予防し、安全に食べることができる
 - 口腔ケア、口腔リハビリの実施(食前の発声、ブローニング等)
 - 食後の痰がらみの除去(口腔ケア、発声等による咳嗽力のアップ)

管理栄養士による居宅療養管理指導の事例

訪問前

- 訪問前に、利用されている通所リハ事業所にて、介護支援専門員、理学療法士、介護職員、看護師（共に通所担当）、訪問担当理学療法士、訪問担当管理栄養士とともに、食事場面の情報共有。全粥、ミキサー食で対応している通所での様子を実際に確認し、嚥下機能評価などについて情報交換した。

初回訪問時

- 体重：51.2kg(維持)
- 食事は全粥、ミキサー食ということだったが、全粥の粒は固く、ペースト状もミキサーなどは用いず調理されている状態で、目が粗い。
- 全粥の炊き方やミキサーの使い方について、確認した。その他、使用しやすい食材と扱いにくい食材について示し、それぞれの食材を用いた調理の工夫について概要を説明。調理支援では、パン粥、鶏だんごのスープ。

訪問2回目以降

- 体重等のモニタリングと嚥下リハの継続
- 介護者からは食材の利用について具体的な質問あり。状況に応じて食材を準備してもらい、調理支援。食事摂取状況の確認。
- むせなし、食欲あり、摂取量良好。



訪問7回目

- 食欲あり、摂取量良好。
- 義歯調整ができたこと、嚥下リハビリの継続により、痰がらみがなくなり吸引の必要性がなくなる。再度の嚥下評価でMWST3→4点、FT3→4点へ改善。
- 話し合いの結果、食事形態はミキサー食から軟菜ソフト食レベルへ変更
- 通所サービスでも食形態変更

MWST:改訂水飲みテスト、FT:フードテスト

○指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年2月10日厚告19）抜粋

5 居宅療養管理指導費

ニ 管理栄養士が行う場合

- | | |
|-------------------------|-------|
| (1) 同一建物居住者以外の者に対して行う場合 | 530単位 |
| (2) 同一建物居住者に対して行う場合 | 450単位 |

注 (1)については在宅の利用者(当該利用者と同一建物に居住する他の利用者に対して指定居宅療養管理指導事業所の管理栄養士が同一日に指定居宅療養管理指導を行う場合の当該利用者(以下この注において「同一建物居住者」という。)を除く。)であって通院又は通所が困難なものに対して、(2)については在宅の利用者(同一建物居住者に限る。)であって通院又は通所が困難なものに対して、次に掲げるいずれの基準にも適合する当該指定居宅療養管理指導事業所の管理栄養士が、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、当該利用者を訪問し、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を行った場合に、1月に2回を限度として算定する。

- イ 別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする利用者又は低栄養状態にあると医師が判断した者に対して、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、薬剤師その他の職種の者が共同して、利用者ごとの摂食・嚥(えん)下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。
- ロ 利用者ごとの栄養ケア計画に従い栄養管理を行っているとともに、利用者又はその家族等に対して、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を行い、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。
- ハ 利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。

○厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等(平成24年3月13日厚告95)抜粋

十一 指定居宅サービス介護給付費単位数表の居宅療養管理指導費のこの注のイの厚生労働大臣が定める特別食疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、臍(へそ)すい臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥えん下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査食(単なる流動食及び軟食を除く。)

○指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に関する部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に基準の設定に伴う実施上の留意事項について(平成12年3月1日老企第36号 厚生労働所老人保健福祉局企画課長通知)抜粋

(4) 管理栄養士の居宅療養管理指導について

- ① 管理栄養士の行う居宅療養管理指導については、居宅で療養を行っており、通院による療養が困難な利用者について、医師が当該利用者に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又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であって、当該医師の指示に基づき、管理栄養士が利用者の居宅を訪問し、栄養ケア計画を作成した当該計画を患者又はその家族等に対して交付するとともに、当該栄養ケア計画に従った栄養管理に係る情報提供及び栄養食事相談又は助言を三十分以上行った場合に算定する。なお、請求明細書の摘要欄に訪問日を記入することとする。
- ② 管理栄養士は常勤である必要はなく、要件に適合した指導が行われていれば算定できる。
- ③ 当該居宅療養管理指導に係る指示を行った医師は、訪問診療の結果等に基づき指示した内容の要点を記載し、共同で作成した栄養ケア計画を添付する等により保存する。また、栄養ケア計画に基づき、実際に居宅療養管理指導を行う管理栄養士に対して指示等を行い、指示等の内容の要点を記載する。さらに、栄養ケア計画の見直しに当たっては、管理栄養士の報告を受け、医師の訪問診療の結果等に基づき、指示した内容の要点を記載し、共同で作成した栄養ケア計画を添付する等により保存する。なお、当該記載及び添付については、医療保険の診療録に記載及び添付することとしてもよいが、記載については、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別することとする。
- ④ 管理栄養士の行う居宅療養管理指導については、以下のアからケまでに掲げるプロセスを経ながら実施すること。
 - ア 利用者の低栄養状態のリスクを、把握すること(以下「栄養スクリーニング」という。)
 - イ 栄養スクリーニングを踏まえ、利用者の解決すべき課題を把握すること(以下「栄養アセスメント」という。)
 - ウ 栄養アセスメントを踏まえ、管理栄養士は、医師、歯科医師、看護師、薬剤師その他の職種の者と共同して、利用者ごとに摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮された栄養補給に関する事項(栄養補給量、補給方法等)、栄養食事相談に関する事項(食事に関する内容、利用者又は家族が主体的に取り組むことができる具体的な内容及び相談の実施方法等)、解決すべき事項に対し関連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すること。また、作成した栄養ケア計画については、居宅療養管理指導の対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

- エ 栄養ケア計画に基づき、利用者に栄養管理に係る必要な情報提供及び栄養食事相談又は助言を実施するとともに、栄養ケア計画に実施上の問題(栄養補給方法の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等)があれば直ちに当該計画を修正すること。
 - オ 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には、当該利用者に係る居宅療養管理指導の指示を行った医師を通じ、介護支援専門員に対して情報提供を行うこと。
 - カ 利用者の栄養状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、栄養状態のモニタリングを行い、当該居宅療養管理指導に係る指示を行った医師に対する報告を行うこと。なお、低栄養状態のモニタリングにおいては、利用者個々の身体状況等を勘案し必要に応じて体重を測定するなど、BMIや体重減少率等から利用者の栄養状態の把握を行うこと。
 - キ 利用者について、概ね三月を目途として、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、医師の指示のもとに関連職種と共同して当該計画の見直しを行うこと。
 - ク 管理栄養士は、利用者ごとに栄養ケアの提供内容の要点を記録する。なお、交付した栄養ケア計画は栄養ケア提供記録に添付する等により保存すること。
 - ケ 指定居宅サービス等の人員、設備及び運営に関する基準第九十一条において準用する第十九条に規定するサービスの提供の記録において利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士が利用者の状態を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に管理栄養士の居宅療養管理指導費の算定のために利用者の状態を定期的に記録する必要はないものとする。
- ⑤ 心臓疾患等の患者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の患者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の患者に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している患者に対する低残渣食並びに高度肥満症(肥満度が+40%以上又はBMIが30以上)の患者に対する治療食を含む。なお、高血圧の患者に対する減塩食(食塩相当量の総量が六・〇グラム未満のものに限る。)及び嚥下困難者(そのために摂食不良となった者を含む。)のための流動食は、短期入所生活介護費、短期入所療養介護費、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス、介護療養施設サービス及び地域密着型介護福祉施設サービスの療養食加算の場合と異なり、居宅療養管理指導の対象となる特別食に含まれる。

○指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準 (平成18年3月14日厚労第127号)抜粋

- 5 介護予防居宅療養管理指導費
- ニ 管理栄養士が行う場合
- (1) 同一建物居住者以外の者に対して行う場合 530単位
 - (2) 同一建物居住者に対して行う場合 450単位
- 注 (1)については在宅の利用者(当該利用者と同じ建物に居住する他の利用者に対して指定介護予防居宅療養管理指導事業所の管理栄養士が同一日に指定介護予防居宅療養管理指導を行う場合の当該利用者(以下この注において「同一建物居住者」という。)を除く。)であって通院又は通所が困難なものに対して、(2)については在宅の利用者(同一建物居住者に限る。)であって通院又は通所が困難なものに対して、次に掲げるいずれの基準にも適合する当該指定介護予防居宅療養管理指導事業所の管理栄養士が、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、当該利用者を訪問し、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を行った場合に、1月に2回を限度として算定する。
- イ 別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする利用者又は低栄養状態であると医師が判断した者に対して、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、薬剤師その他の職種の者が共同して、利用者ごとの摂食・嚥えん下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。
 - ロ 利用者ごとの栄養ケア計画に従い栄養管理を行っているとともに、利用者又はその家族等に対して、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を行い、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。
 - ハ 利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。

○厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等(平成24年3月13日厚告95)抜粋

七十三 指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防居宅療養管理指導費の二の注のイの厚生労働大臣が定める特別食

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、痔すい臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥えん下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査食(単なる流動食及び軟食を除く。)

○指定介護予防サービスに要する額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成18年3月17日老計発0317001老振発031001老老発0317001老健局計画・振興・老人保健課長連名通知)抜粋

(4) 管理栄養士の介護予防居宅療養管理指導について

① 管理栄養士の行う介護予防居宅療養管理指導については、居宅で療養を行っており、通院による療養が困難な利用者について、医師が当該利用者に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又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であって、当該医師の指示に基づき、管理栄養士が利用者の居宅を訪問し、栄養ケア計画を作成し当該計画を患者又はその家族等に対して交付するとともに、当該栄養ケア計画に従った栄養管理に係る情報提供及び栄養食事相談又は助言を三十分以上行った場合に算定する。

なお、請求明細書の摘要欄に訪問日を記入することとする。

② 管理栄養士は常勤である必要はなく、要件に適合した指導が行われていれば算定できる。

③ 当該介護予防居宅療養管理指導に係る指示を行った医師は、訪問診療の結果等に基づき指示した内容の要点を記載し、共同で作成した栄養ケア計画を添付する等により保存する。また、栄養ケア計画に基づき、実際に介護予防居宅療養管理指導を行う管理栄養士に対して指示等を行い、指示等の内容の要点を記載する。さらに、栄養ケア計画の見直しに当たっては、管理栄養士の報告をうけ、医師の訪問診療の結果等に基づき、指示した内容の要点を記載し、共同で作成した栄養ケア計画を添付する等により保存する。なお、当該記載及び添付については、医療保険の診療録に記載及び添付することとしてもよいが、記載については、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別することとする。

④ 管理栄養士の行う介護予防居宅療養管理指導については、以下のアからケまでに掲げるプロセスを経ながら実施すること。

ア 利用者の低栄養状態のリスクを、把握すること(以下「栄養スクリーニング」という。)

イ 栄養スクリーニングを踏まえ、利用者の解決すべき課題を把握すること(以下「栄養アセスメント」という。)

ウ 栄養アセスメントを踏まえ、管理栄養士は、医師、歯科医師、看護師、薬剤師その他の職種の者と共同して、利用者ごとに摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮された栄養補給に関する事項(栄養補給量、補給方法等)、栄養食事相談に関する事項(食事に関する内容、利用者又は家族が主体的に取り組むことができる具体的な内容及び相談の実施方法等)、解決すべき事項に対し関連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すること。また、作成した栄養ケア計画については、介護予防居宅療養管理指導の対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

エ 栄養ケア計画に基づき、利用者に栄養管理に係る必要な情報提供及び栄養食事相談又は助言を実施するとともに、栄養ケア計画に実施上の問題(栄養補給方法の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等)があれば直ちに当該計画を修正すること。

オ 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には、当該利用者に係る介護予防居宅療養管理指導の指示を行った医師を通じ、介護支援専門員等に対して情報提供を行うこと。

カ 利用者の栄養状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、栄養状態のモニタリングを行い、当該介護予防居宅療養管理指導に係る指示を行った医師に対する報告を行うこと。なお、低栄養状態のモニタリングにおいては、利用者個々の身体状況等を勘案し必要に応じて体重を測定するなど、BMIや体重減少率等から利用者の栄養状態の把握を行うこと。

キ 利用者について、概ね三月を目途として、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、医師の指示のもとに関連職種と共同して当該計画の見直しを行うこと。

ク 管理栄養士は、利用者ごとに栄養ケアの提供内容の要点を記録する。なお、交付した栄養ケア計画は栄養ケア提供記録に添付する等により保存すること。

ケ 指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第九十三条において準用する第十九条に規定するサービスの提供の記録において利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士が利用者の状態を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に管理栄養士の介護予防居宅療養管理指導費の算定のために利用者の状態を定期的に記録する必要はないものとする。

⑤ 心臓疾患等の患者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の患者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の患者に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している患者に対する低残渣食並びに高度肥満症(肥満度が四十%以上又はBMIが三十以上)の患者に対する治療食を含む。なお、高血圧の患者に対する減塩食(食塩相当量の総量が六・〇グラム未満のものに限る。)及び嚥下困難者(そのために摂食不良となった者を含む。)のための流動食は、介護予防短期入所生活介護費及び介護予防短期入所療養介護費の療養食加算の場合と異なり、介護予防居宅療養管理指導の対象となる特別食に含まれる。

平成 24 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金（老人保健健康推進等事業分）

『居宅療養管理指導のあり方に関する調査研究事業』

居宅高齢者の栄養ケア・マネジメントのための居宅療養管理指導の実態把握とその体制
に関する研究

2013 年 3 月発行

一般社団法人日本健康・栄養システム学会

〒111-0053 東京都台東区浅草橋 2-21-5 クレア 201

Tel : 03-5159-0365 fax : 03-5829-6679

e-mail : ncm@j-ncm.com