

地域包括ケアシステムの推進で求められる 管理栄養士による訪問栄養食事指導の現状と課題について

峯山 涼子^{1,2}, 手塚 文栄², 高木 伸子²

¹ 鯉淵学園農業栄養専門学校 食品栄養科, ² 医療法人たかぎ歯科

(受付: 2021 年 12 月 22 日 / 受理: 2022 年 1 月 14 日)

摘要: 厚生労働省は、高齢社会に備えて「地域包括ケアシステム」の構築を推進しており、地域において管理栄養士の活躍が期待されている。令和 3 年度の介護報酬改正では、管理栄養士による居宅療養管理指導（Ⅱ）が新設され、多くの管理栄養士が訪問栄養食事指導を行えるようになった。しかし医療・介護関連職種だけではなく、管理栄養士自身も訪問栄養食事指導について理解不足である。これは訪問栄養食事指導の実施件数が少なく、地域における管理栄養士の活躍が把握できていないことが要因であると考えられた。そこで管理栄養士による居宅療養管理指導（Ⅱ）の活動事例を示した。事例 1 の対象者は、糖尿病疾患がある認知症の女性で、大腿骨骨折により入院し、その後食事が摂れない状態で退院した。介入初期は血糖値への配慮よりも食べてもらうことに専念し、食事量を回復させた。事例 2 の対象者は、脳梗塞発症後に食事摂取困難になった女性で、看取り宣告を受けていた。食事時の環境改善を指導した結果、嚥食量が回復し、それに従い体調が安定して長期的な栄養ケアが必要となった。この様に先行して訪問栄養食事指導に取り組む管理栄養士は、訪問実績を上げると共に多方面に情報発信する必要があると言えた。

キーワード: 地域包括ケアシステム, 訪問栄養食事指導, 居宅療養管理指導, 認定在宅訪問管理栄養士

I はじめに

急速に進行する日本の高齢化に備え厚生労働省は、団塊の世代が 75 歳以上になる 2025 年¹⁾を目標に「地域包括ケアシステム」の構築を推進している。この地域包括ケアシステムとは、地域における医療・介護の関係機関が連携して包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことであり、実際に稼働し始めれば在宅での食事支援の需要が増大することが予測されている。このような背景のもと、今後の地域における管理栄養士の活躍が見込まれ 2021 年の介護報酬が大幅に改定された²⁾。特に訪問栄養食事指導における重要な改定は、「居宅療養管理指導（Ⅱ）」の新設である。今までは、指示書を発行する医師が所属する居宅療養管理指導事業所（病院または診療所）の管理栄養士しか保険請求で訪問栄養食事指導ができなかった。しかし今回の改

定では、前述の方法を居宅療養管理指導（Ⅰ）と据え、新たに居宅療養管理指導（Ⅱ）を設けることで、外部の管理栄養士が訪問栄養食事指導を行っても保険請求ができる仕組みができた。これは訪問栄養食事指導に関わることができる管理栄養士の条件が拡大されたことを意味する。その他の栄養士・管理栄養士が関わる改定においても、必要に応じて自宅へ訪問を行う旨も示され、管理栄養士による地域住民の食事支援実施を強く望まれていることが明らかにされた。

しかし、実際に訪問栄養食事指導を行っている管理栄養士は全国でも少数であり、他職種からは地域における管理栄養士活動の認知度がかなり低いという現実がある。2021 年現在、認定在宅訪問管理栄養士の認定者は全国で 849 人³⁾いるが、実際に訪問栄養管理を実施している管理栄養士は少ない。2020 年の井上の調査では、当時の認定者 716 名において回答数 380 名の内、179 人 (47.1 %) に訪問実績がないことが示されている⁴⁾。その訪問実績がない理由として、訪問栄養食事指導介入までの手立てがないことが挙げられ、医師を始めとする医療従

¹ 〒 319-0323 茨城県水戸市鯉淵町 5965

² 〒 300-0814 茨城県土浦市国分町 4-15

事者、介護支援専門員、地域の方や療養者に管理栄養士による訪問制度の認知度が低いことが示された。よって井上は、在宅訪問管理栄養士の育成、学会での発表、事例や研究論文の執筆などで活動実績を上げ、情報発信をしていく必要があると述べている。そして管理栄養士自身も訪問栄養食事指導についての理解が不足しているとも感じる。在宅という多様な環境下で様々な疾患を抱える患者に対して、どのように食事支援を行えば良いのか、実際に療養者に介入していく道筋が見えないことも、訪問実績がない理由の一つではないかと考えられる。そこで本稿では、管理栄養士の活動を多方面に情報発信することを目指し、訪問栄養食事指導について制度の解説と合わせて事例報告を行い、管理栄養士による訪問栄養食事指導の現状と課題について考察する。

II 制度としての訪問栄養食事指導

1. 訪問栄養食事指導とは

訪問栄養食事指導は、大きく三つに分けることができる。一つ目は介護保険で行う「居宅療養管理指導」、二つ目は医療保険で行う「在宅患者訪問栄養食事指導」である。これらの方法は、居宅療養をしていて通院が困難かつ医師が特別食を必要とする、または低栄養の状態と判断された者が対象である。介護保険と医療保険の両方に該当する場合は介護保険が適用され、介護認定がない場合や病院を退院した患者は主治医の指示により医療保険が適用される。三つ目は保険請求を行わずに管理栄養士が独自で行う食事支援である。この場合の対象者は、保険適用の有無に関わらず管理栄養士及び所属する組織の意向でサービス内容を選ぶことができる。ここでは、介護報酬改定を受け多くの管理栄養士に期待さ

れている「居宅療養管理指導」についてまとめた。

2. 居宅療養管理指導とは

対象者は前述の通り、在宅療養をしており通院が困難かつ医師が特別食を必要、または低栄養の状態と判断された者である。介護サービスの「限度枠外」で活用できるため、管理栄養士による食事支援を導入しても、医療・福祉サービスや専門職によるリハビリテーションなどの訪問回数を減らさずに済むという利点がある。居宅療養管理指導を行える管理栄養士の条件は、居宅療養管理指導事業所（医療機関）に所属する者、栄養ケア・ステーションに所属する者、高齢者介護福祉施設に勤務している者である（表1）。特筆すべき点は、介護報酬改定により栄養ケア・ステーションの管理栄養士が条件に含まれたことである。栄養ケア・ステーションは各都道府県の栄養士会が運営する事業の一つなので、実質、栄養士会の会員（管理栄養士）であれば、居宅療養管理指導を行えるようになったと言える。しかし全職種を合わせた居宅療養管理指導の件数は、2008年の33,749件から2018年118,366件と約3.5倍になり⁵⁾、在宅介護で専門職種の活躍の増加が認められる一方、管理栄養士による居宅療養管理指導の実績は他の職種と比べわずか1%にも満たない⁶⁾。地域包括ケアシステムの構築を推進する厚生労働省の方針として多くの管理栄養士が地域に出るための制度が整えられた以上、他職種に並ぶ実績を作ることが求められていると言える。

III 事例報告

ここでは2020年10月～2021年10月現在まで、指定居宅療養管理指導事業所である医療法人たかぎ

表1. 居宅療養管理指導ができる管理栄養士の条件

管理栄養士の条件	区 分	備 考
1 指示書を発行する医師が所属する居宅療養管理指導事業所（病院または診療所などの医療機関）に勤務している	居宅療養管理指導（Ⅰ）	介護保険で診療を行っていない場合は不可
2 居宅療養管理指導事業所（Ⅰ）以外の医療機関）に所属している	居宅療養管理指導（Ⅱ）	薬局・ドラッグストアなど一部の事業所は不可
3 都道府県栄養士会の栄養ケア・ステーションに所属している	居宅療養管理指導（Ⅱ）	認定栄養ケア・ステーションは不可
4 高齢者介護福祉施設に勤務している	居宅療養管理指導（Ⅱ）	介護保険施設は常勤1以上、または栄養マネジメント強化加算の算定要件を超えて管理栄養士を配置している施設に限る

歯科所属の管理栄養士として筆者が実施した事例(表2)より、二つの事例について報告する。

1. 事例1

(1) 対象者

88歳・女性で、介入時の身長は155.0 cm、体重は48.1 kg (BMI: 20.0) であった。「要介護5」で、車椅子で自走可能。主な介護者は長男で、二人暮らし。現病歴は、廃用症候群、アルツハイマー型認知症、糖尿病、高血圧があった。口腔状況は、下顎前歯の1本を残し喪失、舌体の奥の動きが鈍かった。歯科治療の実施予定なし。

(2) 介入時の状況

2020年7月に左大腿骨転子部骨折術後、同年8月リハビリ目的に転院するも、リハビリができずに寝たきりとなる。食事をほとんど摂れない状態で退院が決まり、介護支援専門員から在宅での食事支援を要請された。医師より糖尿病による食事制限は気にせず、水分500 mL以上、エネルギー量1,500 kcalを摂取するよう指示を受けた。長男が購入した物を食べており、何を購入すれば良いか助言を求められた。

(3) 主とする食事支援

食事量の充足率の確認や継続的に体調の変化に気づけるように身体測定を実施している。一食で主食、主菜、野菜が摂れるように調理指導、食事内容の助言をしている。

(4) 経過

介入当初は、食事中に「気持ちが悪い」と訴えてほとんど食事が摂れない状態であった。菓子なら自ら進んで食べるので、菓子中心の食生活であった。特にチョコレートしか食べない状態であったので、レーズンやアーモンドなど他の食材と組み合わせられた商品やたんぱく質の含有量を強化している製品を提案した。1回の食事量は写真1の中から一口ずつで、摂取量は690 kcal/日である。水分摂取量は150 mL/日摂取していた。食事をする時の気持ち悪さは胸の痞えを訴えるので、一口量を減らした。ゆっくり食事介助をすることで不快感は改善し喫食量を増やせたが、長男が日常で継続することは困難であった。舌体の奥の動きが悪いことから飲み込みの苦しさがあると予想し、舌の体操を行うが効果は認められなかった。介入から1か月間は、水分300 mL/日、食事から700 kcal/日、菓子類から200



写真1. 介入当初の食事内容

kcal/日摂取であった。主菜となるレトルト食品の紹介や好む菓子を補食に勧め、エネルギー量と食材の品目数を確保した。介入から2か月経過したある日、突然喫食量が増えた。本人が自宅に帰ってきたと自覚し、安心したのではないかと考えられた。水分1,400 mL/日、食事のみで1,200 kcal/日摂取できるようになった。一方で、菓子は650 kcal/日ほど食べており、食べ過ぎの傾向が見られた。食事量が増えたことで3か月後から医師の指示に糖尿病食が加わった。1日に食べる菓子の量を減らし、買い溜めしていた菓子がなくなった時点で菓子を食べる習慣を断った。米飯100 gを指定し、たんぱく質源となる主菜と野菜の量を増やすように提案した。長男だけの対応は難しく、調理指導を行いながら食事バランスを整えた。8か月後の採血結果は、空腹時血糖157 mg/dl、HbA1c 7.4 %、Alb 4.2で、体重は48 kg $\pm$ 0.5未満で推移し、その後は安定している。

(5) 現在の状況

医師より体重が減少しないように指示を受けている。調理指導を始めたことで長男の食事に対する意識が上がった。調味料や調理器材に興味を持ち自ら揃えるようになり、図1のように食卓のバリエーションが豊かになった。対象者は、長男が調理をしている姿を喜んでいる。現在、対象者の下顎の歯が揺れるようになり硬い物が食べづらくなったため、料理が軟らかく仕上がるように長男は圧力鍋調理の習得に励んでいる。

2. 事例2⁷⁾

(1) 対象者

101歳・女性で、介入当時の身長は135.0 cm、体

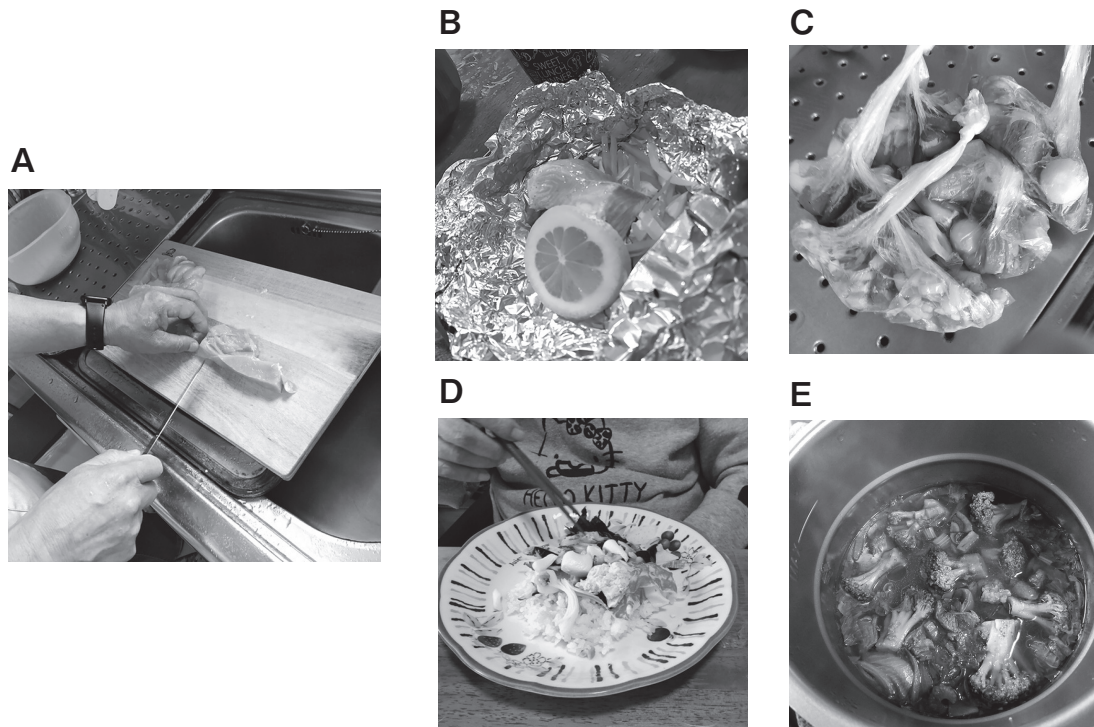


図1. たんぱく質源と野菜を多く取り入れた調理実習の様子

A：噛み切りやすい切り方の工夫 B：簡単調理のホイル焼き C：作り置きのパッククッキング
D：リクエストのちらし寿司 E：圧力鍋の活用方法

重は 39.0 kg (BMI:21.4) であった。「要介護 5」で、寝たきり、リクライニングでの座位は可能。主な介護者は長男の嫁、長男、孫の嫁。脳梗塞による左片麻痺・失語状態となる。口腔状況は上下総義歯であり、口腔内は清潔が保たれていた。

(2) 介入時の状況

2020 年 8 月に脳梗塞を発症し左片麻痺、失語状態となる。同年 10 月より体調不良が続ぎ、経口摂取困難となり医師から看取りを宣告された。家族は最期まで好きな物を一口でも食べさせてあげたいと望む。介護支援専門員より、余命数か月になると予想されるため誤嚥事故がないように適切な食事方法の助言を求められた。

(3) 主とする食事支援

食事量の確認や継続的に体調の変化に気づけるように身体測定を実施している。また、摂食状況を確認し食事内容や食事介助の方法について助言をしている。

(4) 経過

初回訪問で対象者に食事時の姿勢不良が認められた。介護者に介護食の作り方や食材の選び方を指導すると共に、食事時の姿勢補正を行うよう指導したところ摂取状況が好転した。1 回の食事でペースト

状の物を一口がやっとであった状況が 5、6 口食えることが可能になり、翌週には和菓子（最中）1 個を完食した。その他、口腔ケア、嚥下体操、顔・肩周りのマッサージを繰り返し、2 か月半でペースト状にしなくても、主食と副食ともに提供量の半分ほど、果物を手のひら 1 杯分まで食べられるようになった。活気も戻り、感情表現・失語症状が改善された。5 か月経過すると麻痺していた左手にも力が入るようになり、体調の乱れは少なく穏やかに生活できるようになった。しかし、9 か月経過するとデイケア利用時の喫食量が落ちた。デイケアでは対象者が高齢であり、誤嚥を危惧され、依然としてペースト状の食事で提供されていた。この頃には、食べたい物の要求を自らできるまでに体調が回復し、歯応えがある物を好んで食べるようになっていたので、ペースト状の食事が口に合わないのではないかと考えた。そこで介護支援専門員を通して自宅での食事内容をデイケアの担当者に提示し、食事形態の変更を依頼した。その結果、デイケアの理学療法士から食事評価を受け、体調に合わせて食事形態を選べるようになった。

(5) 現在の状況

体力が付き、家族の生活リズムに合わせて夕食は

20時まで待てるようになった。翌日に疲れを残すこともなく体調は安定している。現在は、長期的な栄養管理に移行し容体変化を見落とさないように身体測定、フィジカルアセスメントを行なっている。また、誤嚥事故などの食事が原因となる急変を防ぐことにも注意を払っている。

IV 実践活動から得た居宅療養管理指導の現状

1. 居宅療養管理指導のはじまり方

居宅療養管理指導は主治医の指示で行うものであるが、事例1, 2のように療養者の家族から食事支援の希望を受けた介護支援専門員を経て依頼に繋がることが多い。介護支援専門員は療養者やその家族が日常生活に不自由しないよう多職種の医療・福祉サービスを調整する役割を担っており、その存在は欠かせない。筆者らがこれまで担当した対象者はほぼ介護支援専門員からの紹介であった（表2）。一方で主治医は食事支援の重要性を感じながらも、管理栄養士への依頼に繋がらなかった。その理由として訪問栄養食事指導を行える管理栄養士の所在が分からない、管理栄養士の訪問制度を知らなかったことが挙げられる。よって、現在の居宅療養管理指導は主に家族の希望を受け、介護支援専門員がそれに応える形で主治医に繋ぎ、管理栄養士が居宅療養管理指導の指示を受けるという流れに至っていることが多いと推測できる。

2. 食事支援で求められること

居宅療養管理指導の実績（表2）では、対象者5人中4人において退院後にほとんど食事ができない状態で、療養者の家族による「食べられない」、「どうしたらいいかわからない」という悩みがほとんどであった。認知機能の問題、摂食・嚥下機能の問題、身体活動の問題など理由は様々であったが、高齢であることから喫食量の低下は必然であり、その結果看取りを宣告されることが多い。そのような状態でも、家族からは最期まで口から食べて欲しいとの希望があり、医師からは好きな物を安全に食べられるような食事支援を指示された。また、「食べられない」という悩みの一つに家族から料理ができない、介護食の作り方が分からないなど、調理技術の課題を挙げ、調理指導や調理に対する助言を求める対象者が5人中4人であった。

3. 食事支援の内容

在宅介護の食事支援では、疾病に対してより専門的な助言をするよりも「食べること」に対する支援を多く行なっている。筆者が現在行っている主な業務内容は、「身体測定、バイタルの確認、フィジカルアセスメント」、「食事状況のヒアリング及びモニタリング」、「個人に合わせた食事内容の提案」、「食事介助の実演や便利グッズの紹介」、「買い物をする時の食材の選び方のアドバイス」、「食べやすい料理や簡単な調理方法の実演」である。介護者は、要介護者を前にすると「介護」を強く意識してしまい、きちんと座って食べる、食事中はテレビに集中しな

表2. 居宅療養管理指導の実績のまとめ

対象者	依頼者	医師の診断	食事に関連する現病歴	治療食の指示	家族の悩み
1	介護支援専門員	看取り・低栄養見込み	糖尿病	なし	食べられない どうしたらいいかわからない 料理ができない
2	介護支援専門員	看取り・低栄養見込み	なし	なし	食べられない 何を食べさせたらいいかわからない 料理ができない
3	介護支援専門員	看取り・低栄養	腎臓病	なし	好きな物を食べさせたい
4	介護支援専門員	大腸癌・低栄養見込み	貧血	なし	どうしたらいいかわからない 料理ができない
5	訪問歯科診療所	低栄養	胃全摘出	なし	食事が少なく増やせない 体重の減少・低栄養 何を食べさせたらいいかわからない

いなど、普段自分たちが日常で行っている動作への注意が逸れる傾向がある。よって、新たに特別な手法を提案するよりも、介護することも日常生活の延長であることを理解できるような支援をこころがけている。また、食事への助言は一日三食食べられているのか、偏った食べ方をしていないかなどの確認が主である。料理の経験がない介護者（家族）には、食材や調理に興味を持ってもらうことから始まることも多く、完璧な栄養管理を求めることは難しい。調理指導も食材の選び方から始まり、包丁を使うこと、ガスコンロに火を点けること、電子レンジの活用法など基本的な調理方法が求められる。

4. 管理栄養士の専門性について

在宅介護では「食べられない」状態から食事支援が始まることが多く、前述の通り一見して管理栄養士でなくても進言できる内容もある。しかし、食べられない理由からは、嗜好に加えて身体状況、経済的な理由、家族背景なども知ることとなる。そのような非常にデリケートな話に踏み込めるのは、管理栄養士が食事の専門家だからであると考ええる。食事というプライベートな話を打ち明けるためには心の準備が必要であるが、管理栄養士は初めから食事相談をする相手として迎え入れてもらえるのでスムーズな支援に繋がる。

5. 実践活動から見える課題

食事が体調に影響する疾患を抱える療養者の場合でも、在宅で療養をする高齢者の多くは採血をする機会が少なく、血液検査数値などの客観的データから栄養状態を判定することがほとんどできない。栄養素の過不足による容体悪化が懸念されるが、バイタルの確認や顔色、覚醒状態など主観的な指標だけで食事の内容を提案することになり不安がある。一方で家族をはじめ主治医や担当の介護支援専門員からは療養者に好きな物を好きなだけ食べて欲しいと望まれることが多く、関係者全員で要望と食事によるリスクについて認識をすり合わせる必要があると感じた。そして栄養管理を行う際に、その家庭の対応力も併せて課題となる。療養者の意欲はもとより、家族の介護力、普段の食生活、常備されている調味料、調理器材、食事かけられる資金など家庭によって大きく異なる。病院や高齢者福祉施設では対応できることでも、家庭では対応困難なこともある。

限られた資源の中で、治療食を家庭生活に落としこむことは訪問栄養食事指導において重要な要素ではあるが、実績の無い管理栄養士にとっては難しいと感じる要素であるとも言える。

6. 実践活動から見出す地域包括ケアシステムの一員としての管理栄養士の役割

地域包括ケアシステムは多職種での取り組みであるが、「食べること」は管理栄養士に一任される現実がある。これは「在宅」支援における専門職の人材資源が乏しいことが理由の一つに上げられる。さらに在宅療養では、介護サービスの限度枠の都合、家庭の介護力や金銭的な理由などで全ての関係専門職を動員できないことが多々ある。しかし「食べられない」ことの明確な要因が分かれば、それに適したサービスを少ない負担で利用できる場合がある。よって常に「食べること」を包括的に診られる管理栄養士は、食事状況の変化を体調の変化と捉え、主治医及び担当の介護支援専門職に相談して各専門職に繋ぐ重要な役割を担えると考ええる。

V 活動の成果と今後の課題

訪問栄養食事指導の活動は想像するよりも身近で取り組みやすい内容である。「食べること」について包括的に関わる必要はあるが、多くの職種との相談・連携で解決することができる。管理栄養士が訪問栄養食事指導を行うには膨大な知見が必要と前述したが、些細な異変に気付くための観察力があれば在宅療養の助けになることは可能である。また、訪問栄養食事指導とは、何を食べたらよいのか、簡単調理をしたい、お勧めの商品が知りたいなどの些細な疑問にも応えるサービスであり、利用者にとっても身近で依頼しやすいものであることが分かった。一方で、現在の制度は医師の指示が必須であり、認定栄養ケア・ステーションだけの保険請求で訪問栄養食事指導はできないなど仕組みが非常に複雑である。管理栄養士はそれらを正しく理解し、他職種に説明できなくては訪問栄養食事指導の導入に繋がらないと考える。管理栄養士が地域活動を進める上では追い風だとも言われているが与えられた課題は大きい。地域包括ケアシステムを構成する多職種の中で栄養・食事支援で成果を出し、地域住民に認められなければならない。そのためには、訪問栄養食事

指導ができる管理栄養士を増やす必要があり、管理栄養士が抱く在宅介護で食事支援に対する不安を解消しなくてはならない。先行して訪問栄養食事指導をする管理栄養士は、訪問実績を上げると共に多方面に啓発活動を行う必要があると言える。

VI 謝 辞

本稿で報告した事例について、対象者のご家族をはじめ、訪問栄養食事指導にお力添えをいただいた医療法人たかぎ歯科の全スタッフ、連携施設のサービス担当者各位に感謝申し上げます。また、本稿の執筆に際して、助言いただきました本校食品栄養科の先生方には深く感謝申し上げます。

VII 引用文献

- 1) 厚生労働省 (2012), 地域包括ケアシステム. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (参照 2021-10-26).
- 2) 厚生労働省老健局老人保健課 (2020), 令和 3 年度都道府県等栄養施策担当者会議資料 2 令和 3 年度介護報酬改定の概要 (栄養関連). <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000818036.pdf> (参照 2021-10-26).
- 3) 一般社団法人日本在宅栄養管理学会 (2021), 在宅訪問管理栄養士認定者一覧. 日本在宅栄養管理学会誌 8(1): 91.
- 4) 井上啓子 (2019), 公益社団法人日本栄養士会・一般社団法人日本在宅栄養管理学会認定「在宅訪問管理栄養士」へのアンケート結果報告. 日本在宅栄養管理学会誌 6(3): 253-255.
- 5) 厚生労働省 (2020), 居宅療養管理指導 居宅療養管理指導の費用額. 社保審一介護給付費分科会第 182 回 (R2.8.19) 資料 5: 7.
- 6) 厚生労働省 (2020), 居宅療養管理指導の職種別算定回数推移 介護給付費等実態統計 (旧: 調査) (各年 10 月審査分). 社保審一介護給付費分科会第 182 回 (R2.8.19) 資料 5: 13-14.
- 7) 峯山涼子 (2021), 在宅におけるターミナルケア 長期的なターミナルケアの重症化予防を目的とした介入の一例. 第 8 回日本在宅栄養管理学会 web 学術集会 演題番号 4-1.