

# 在宅訪問栄養指導における管理栄養士のアプローチ

Approach of registered dietitians in home visit nutrition guidance

阿部 祐那

Yuna Abe

大妻女子大学大学院 人間文化研究科 人間生活科学専攻 健康・栄養科学専修

キーワード：在宅訪問栄養指導，実態調査，多職種連携

Key words : Home visit nutrition guidance, Fact-finding survey, Interprofessional collaboration

## 1. 研究目的

我が国では、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように、地域包括ケアシステムの構築を推進している。また、地域医療構想では、医療費抑制の対策の一つとして病床数を減らし、急性期ではない約30万人の入院患者を在宅医療へと切り替える方針が示されていることから、在宅医療の必要性は今後ますます高まるといえる。

在宅訪問栄養食事指導は、通院が困難な在宅療養者が対象となる。医師の指示によって栄養改善を必要とする場合に管理栄養士が月2回を限度に訪問し、患者が在宅で安定した状態が保たれるように指導を行うことで、栄養状態の改善効果が期待されている。

しかし、居宅療養管理指導の職種別算定回数では、医師25万回、歯科医師12万回であるのに対し、管理栄養士の算定回数は2355回と多職種に比べて算定回数が極端に少ない。また、地域で活躍する管理栄養士の数も少ない状況となっている。

本研究では、在宅療養者の疾病・生活機能・介護状況をふまえ、食に関わる問題に管理栄養士が事例ごとに介入し、そこから課題を見出すことで、どのように課題を解決すべきかについて考察した。

## 2. 研究実施内容

令和3年8月～令和4年1月までの期間、TOWN訪問診療所の管理栄養士に同行し、在宅療養者7名に対して月2回の在宅訪問栄養指導を実施しながら、事例ごとに介入の経過を追った。

研究方法は、TOWN訪問診療所の管理栄養士が、初回の在宅訪問時に行っている、食事摂取量状況

調査、日常生活機能評価、摂食嚥下障害評価、栄養アセスメント結果から対象者の状況を把握し、医師の判断により必要となる項目について実施されている血液生化学検査結果の情報を受けた。同行訪問開始後は、対象者の身体状況と栄養摂取状況の変化に応じて、栄養スクリーニングを行った。同行訪問開始日と終了日に簡易栄養状態評価表(MNA-SF)を用いて栄養状態を評価した。

以上の方法で、在宅療養者の食に関わる問題点を把握し、その問題点を改善するために管理栄養士が介入することで、新たな課題の発見と解決方法について考察した。

### 2-1. 対象者の内訳

症例	年齢	性別	介護度	在宅訪問栄養食事指導
1	93歳	女性	要介護5	褥瘡、嚥下困難者のための流動食
2	76歳	女性	要介護5	褥瘡、低栄養状態
3	74歳	女性	要介護1	低栄養状態、高血圧症
4	75歳	女性	要介護4	2型糖尿病、高血圧症、脂質異常症
5	56歳	女性	医療保険	2型糖尿病、肥満症、高血圧症
6	83歳	女性	要介護2	2型糖尿病、高血圧症
7	88歳	女性	要支援2	慢性腎不全、貧血

### 2-2. 症例1

介入3か月前から食事が摂れなくなり、家族が作ったミキサー食を食べさせていたが、専門家の話を希望。寝たきり度はC2。全介助。介護は、別棟に住んでいる弟の妻と甥が食事を含め実施。

介入時、摂食嚥下障害も疑われたが問題なく、ミキサー食の内容及び介護用食器を調整し、現在褥瘡の改善がみられ安定している。

①新たな健康情報をすぐ取り入れる介護者

甥は「栄養があるものを与えたい」という気持ちがあり、独自で調べ、栄養価が高い食品や健康食品・サプリメントをミキサー食に加え、与えていた。月2回の訪問時で確認していたが、ミキサー食の内容がすでに変更され、血液検査結果に影響することもあった。介護者の気持ちに寄り添いながら、指導を進めていくことが課題となる。

#### ②栄養評価の一つとしての体重測定

体重計を使用し、測定が不可能であったため、身体測定（上腕三頭筋皮下脂肪厚・下腿周囲長・上腕周囲長）を試みたが、望ましい結果が得られなかった。その後、訪問入浴時に測定が可能となり、経過を追っている。在宅で体重測定ができない場合もあり、栄養評価の一つとして身体測定も学んでいく必要がある。

### 2-3. 症例2

娘と2人暮らしで日中独居。娘は、仕事で帰宅が夜20時で、ほとんど調理をしていない。寝たきり度はC2。全介助。介護は、娘が食事を含め実施。

家族が、栄養必要量と摂取状況の把握を希望し、介入。当初、エンシュアも含め栄養量が安定していたが、摂食嚥下・食事の拒否・傾眠状態等、食生活に関する変化がみられ、現在調整中である。

症例1と同様、体重測定が出来ていない。抱きかかえての測定も試みたが、危険なため中止。

#### ①エンシュアの使用と体重管理

レスパイト入院時に体重測定ができ、体重増加がみられた。この時点の体重について、看護的視点、栄養的視点の違いからエンシュアの摂取量の指導に関して差異が生じ、家族に混乱を与えてしまった。指示を出す前に、関連職種との調整の必要性を感じた。また、情報交換の方法もカルテや連絡ノートだけでなく、場合によって直接電話等で連絡を取り合うことも重要であると考えた。

#### ②正確な情報の把握

デイサービスと自宅では、食事の摂取量に差がみられた。その差が何によるものか電話だけでは把握できず、デイサービスを見学。その結果、食事時間に差がみられ、対象者の状態に合わせて介助ができることが明らかとなった。また、対象者が口に入れた量を介助者が喫食として記載していたが、口腔ケアで口の中から出た残食について把握されていなかった。対象者の様子に変化した時には細かな情報交換が必要である。

#### ③各職場での食形態とその呼び方の違い

摂食嚥下に合わせた食事の呼び方(やわらか食等)が違い、それぞれの職種でイメージした食形態に違いがあった。最終的には、料理の写真付き資料を全員に配布し、食形態を調整した。このことから、多職種で連携していくにあたり、同じ指標を持って検討していく必要があると感じた。

### 2-4. 症例3

独居。寝たきり度J2。近所での買い物は可能。アルコール依存症の影響で食欲が湧かず、食事摂取量が少なく、欠食も多い。

介入時、体重の低下と低栄養状態がみられた。食事や栄養量に一時的な改善がみられるが、飲酒等により安定した結果が得られていない。

#### ①エンシュア以外の栄養補助食品

食事が摂れず、エンシュアが処方されたが、対象者の嗜好で飲むことができず、ゼリー状に加工しても受け入れられなかった。対象者が毎日バナナシェイクを作る習慣を利用し、MCTオイルとプロテインを添加することで、エンシュアに近い栄養価に調整した。現在、毎日飲む習慣が出来た。

#### ②対象者を多職種全員で見守る

飲酒等により、家で倒れていることが何回あった。ケアマネジャーから、「毎日誰かが確認できるように担当曜日を決め、何かあった場合に連絡がとれる体制を作りたい」と提案があり、多職種が協力し合い見守るシステムが作られた。

### 2-5. 症例4

独居で。左足を膝下から切断している。寝たきり度はB1。自室で車椅子を使用して生活している。買い物はヘルパーが行っている。ホットプレートを使用した、簡単な調理ができる。訪問栄養指導を開始したが、6か月で中断した。

#### ①訪問看護師との連携

管理栄養士介入前から、訪問看護師が中心となって、対象者の食事内容の管理や食べ方指導、ヘルパーへの買い物指導、血糖値のコントロールをしていた。介入後は、訪問看護師に栄養に関する情報や指導資料を提供しながら調理指導などを進めていた。この段階で医師から、「対象者の喫煙の増加がみられ、食事管理にストレスを感じているため訪問栄養を中止」との指示が出た。本ケースでは、訪問看護師と管理栄養士で役割を調整し、対象者にあった食事指導が必要であった。

## 2-6. 症例 5

娘と息子の3人暮らし。左不全麻痺を患っており、寝たきり度はC1。介護は、娘が食事を含め実施。娘は愛の手帳4度を保持している。

介入後、娘への調理指導を通し、対象者の食事・栄養について指導の結果、血糖値が安定している。

### ①介護担当者への栄養・調理指導と理解度

娘は、親が倒れるまで1度も台所に立った経験がなく、介入時の食事はインスタント食品と調理済み食品を利用していた。栄養指導後、野菜などの購入食材が増え、下準備が多いものは一人で作ることはないが、紹介した簡単な料理は作るようになってきている。娘が、母親の疾病のために栄養管理するという意識で調理することが出来るかが、今後の課題となる。

## 2-7. 症例 6

症例6は、独居。寝たきり度はA。介護は、全て介護サービス(自費含む)を利用している。同一のマンションに姉と甥が住んでいる。

介入後、ヘルパーの協力により1日の糖質摂取量が下がり、血糖値が安定した。現在、認知症が進み、食に関わる問題がみられる。

### ①一人暮らしで認知症がある対象者への対応

症例3と同様、ケアマネジャーを中心に毎日誰かが確認できるように多職種で担当曜日を決め、見守っている。最近では、認知機能の低下に伴い、種々のトラブルが起きている。食に関しては、電子レンジが使えず、買い置きされている食品を食べない・食べ過ぎる等の問題がある。随時、多職種が対応している。

### ②認知症が進む中での栄養管理

食事をしたかどうかも含め、食事内容の確認が難しくなった。ヘルパーからの食品購入状況や体重変化・血液検査結果等を追いながら栄養管理を進めている。

## 2-8. 症例 7

独居。寝たきり度はA2。料理は好き。夕食は、おかずのみ腎臓病食の宅配弁当を利用している。

介入後、対象者に栄養指導を試みたが改善が難しかった。多職種と連携し、対象者に適した食事管理方法を模索中。

### ①軽い認知症がある対象者への栄養指導

対象者は、腎臓病に必要な腎臓病食、何をどのように食べて良いかの理解が難しいため、繰り返

し説明する必要がある。現在、食事についてヘルパーの協力を得ることを検討中である。

### ②腎臓病食の宅配弁当の検討

たんぱく質や塩分が制限されている弁当は、通常食に比べて価格が高く、生活保護を受けている対象者にとっては負担が大きい。今後は、対象者の負担を軽減するために多職種で検討し、調整が必要である。

## 3. まとめと今後の課題

在宅訪問栄養指導は、生活機能・介護状況・心理的状況・家族形態・自立度などによって栄養管理方法が異なり、改善状況に差があることが明らかとなった。対象者や介助者の理解度によって指導時間が変わり、長期化するケースもある。

本研究を通して、全てのケースにおいて職種間の共働がみられ、全員で対象者を見守る等、多職種連携が重要であるとわかった。特に、食事や栄養に関する指導を進めるにあたって、他の職種(特にヘルパー)との連携が不可欠な場合が多い。栄養ケアを進めるにあたり、ケアマネジャーとの調整や他の職種からの情報収集、サービス担当者会議の参加を通して多職種との連携を進めていた。今回の調査で、他の職種と訪問時間を合わせる、デイサービス施設に出向く等して情報交換をしていた。訪問栄養指導を進めていく中で、多職種との連携はハードルが高いと感じた。

体重の変化をみることは、栄養評価をする上で重要である。しかし、寝たきり度が進むにつれて在宅では、体重測定が難しくなるケースが多くみられた。栄養評価の一つとしての身体測定も学んでいく必要があると感じた。

さらに、独居で認知症や依存症があるケースの食事管理は、管理栄養士だけでは難しく、医療・介護スタッフの協力が不可欠である。認知症等が進んでいく中で、在宅における管理栄養士の役割や栄養管理の進め方が課題となる。介護者とのコミュニケーションの必要性和併せて、個々のニーズに合わせた栄養ケアの必要性も痛感した。

今後も在宅訪問栄養指導の実態調査を行い、その必要性について広めていきたい。