

令和5年度薬剤師を活用した在宅医療推進のための研修会

在宅医療における栄養管理

令和6年2月5日19:30~21:15

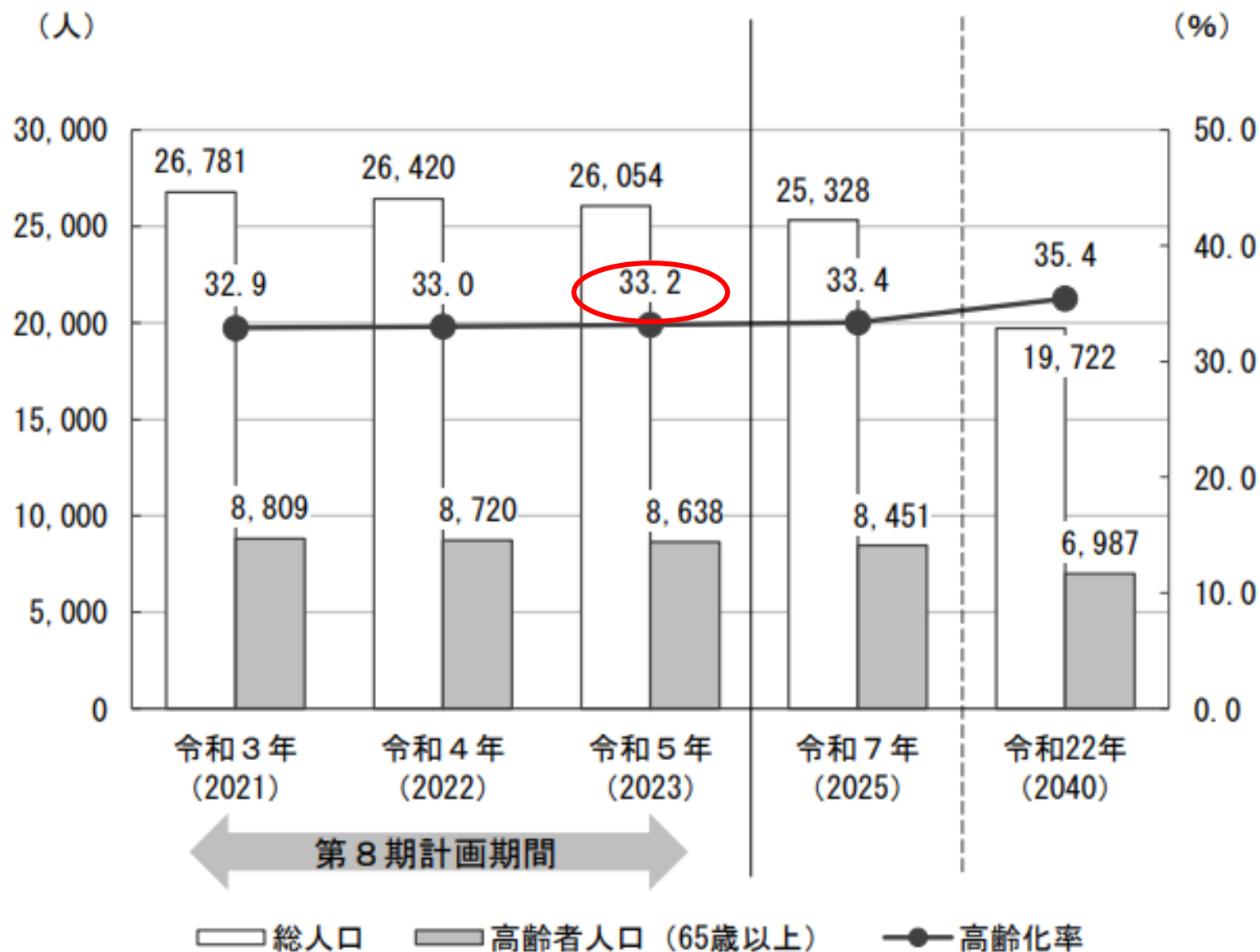


名寄市立大学 保健福祉学部 栄養学科 准教授

日本在宅栄養管理学会 副理事長

中村 育子

名寄市高齢者人口の推移と推計

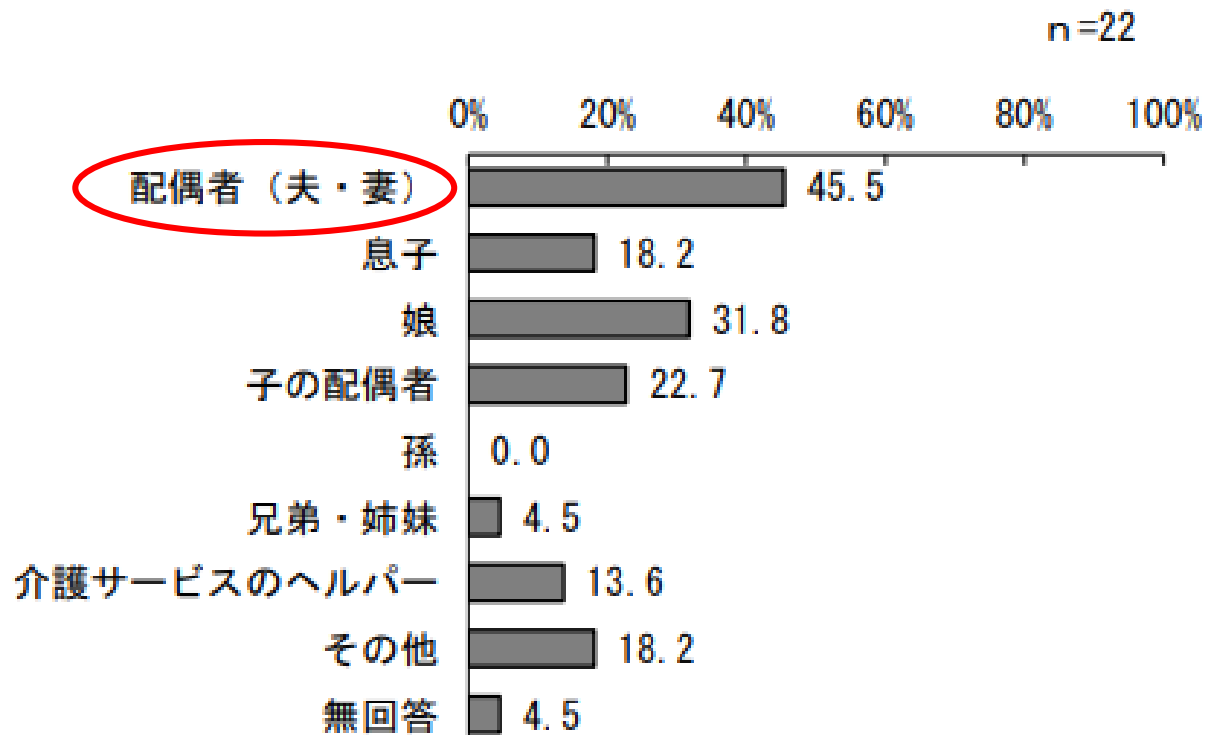


2020年名寄市在宅介護実態調査

【(2)において「3. 現在、何らかの介護を受けている」の方のみ】

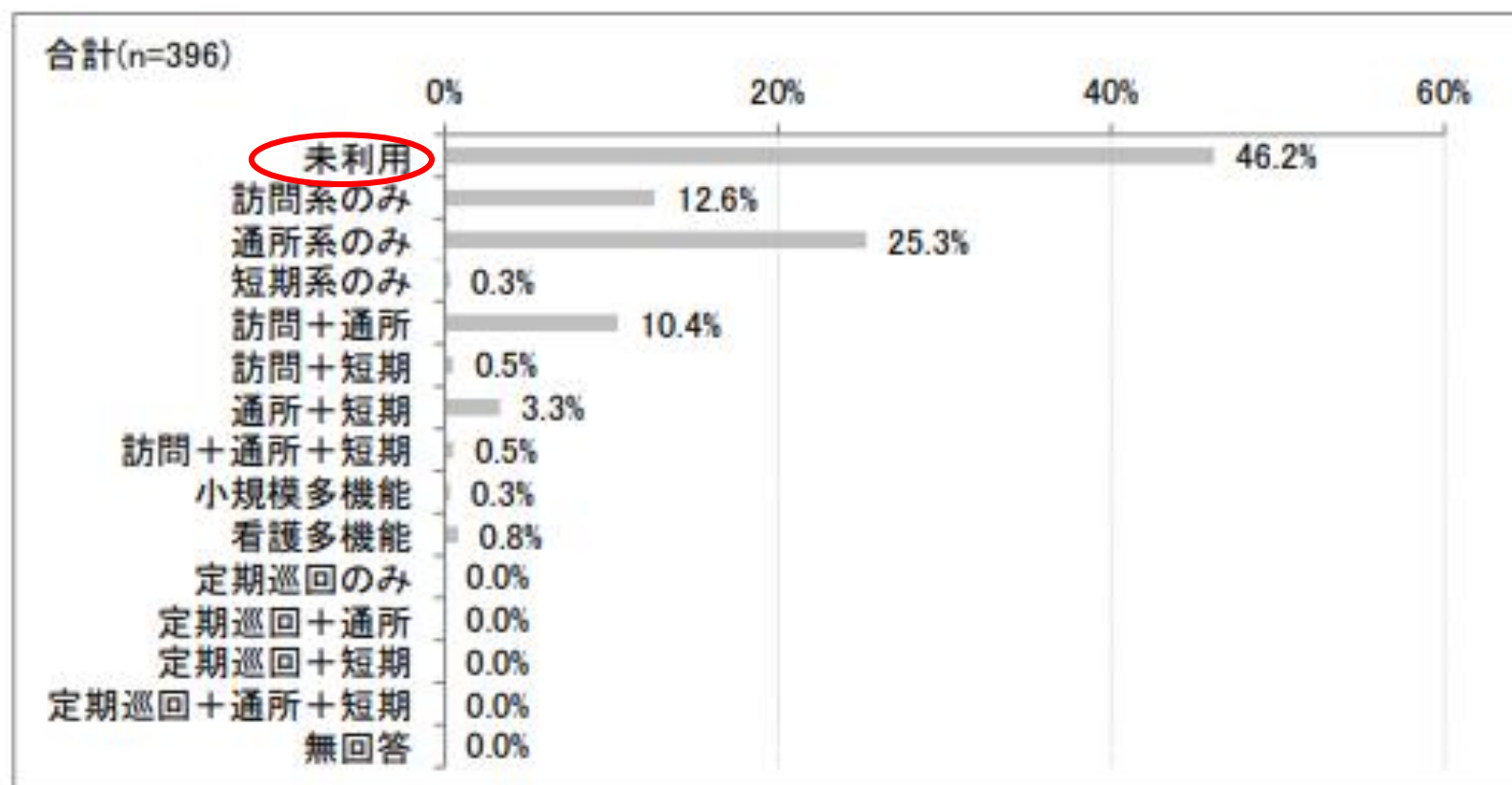
②主にどなたの介護、介助を受けていますか (いくつでも)

本人の介護、介助を行っている方は、「配偶者 (夫・妻)」が45.5%と最も高く、次いで「娘」が31.8%、「子の配偶者」が22.7%となっています。



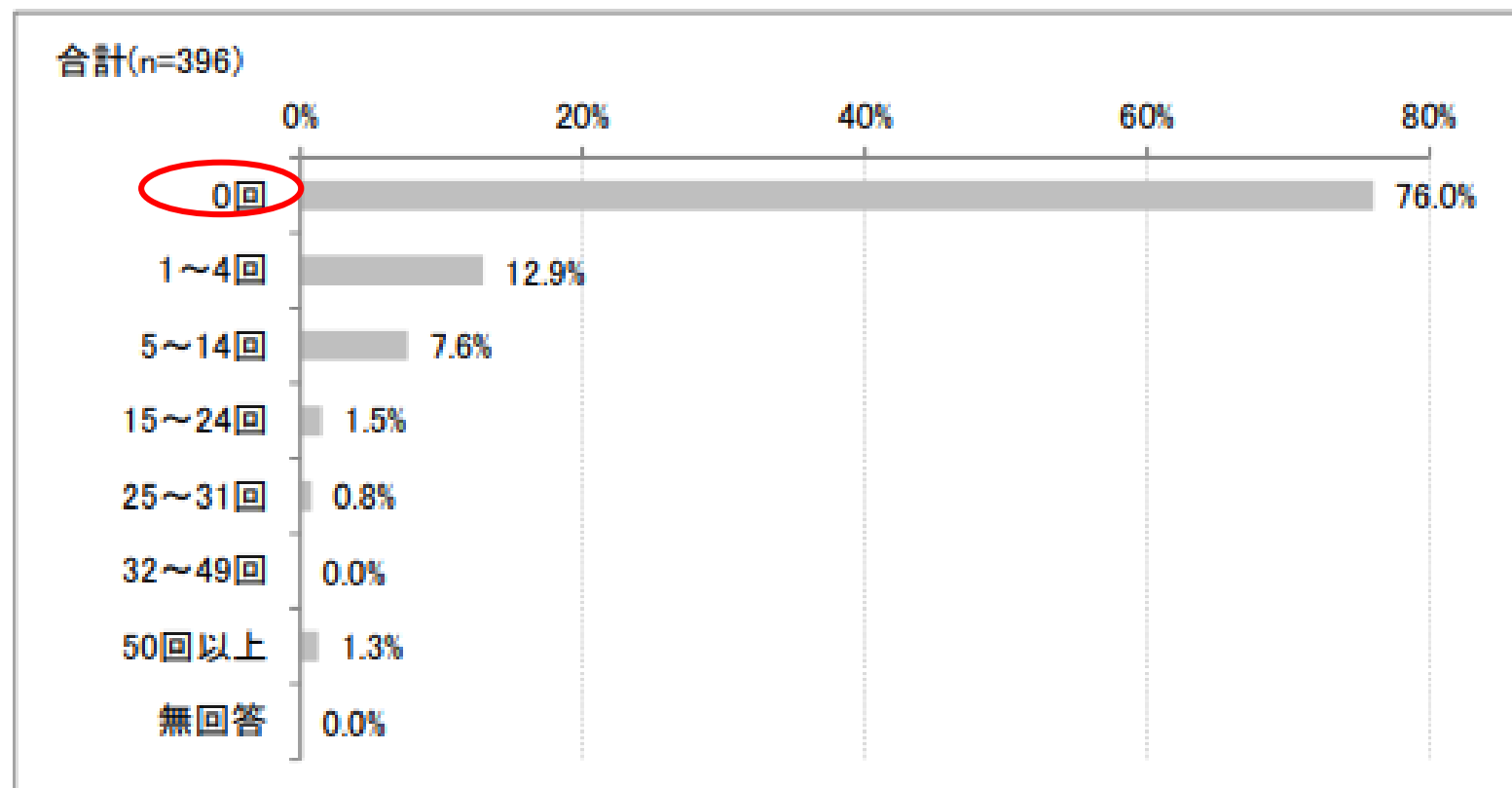
サービス利用の組み合わせ

本人のサービス利用の組み合わせは、「未利用」が46.2%と最も高く、次いで「通所系のみ」が25.3%、「訪問系のみ」が12.6%、「訪問+通所」が10.4%となっています。



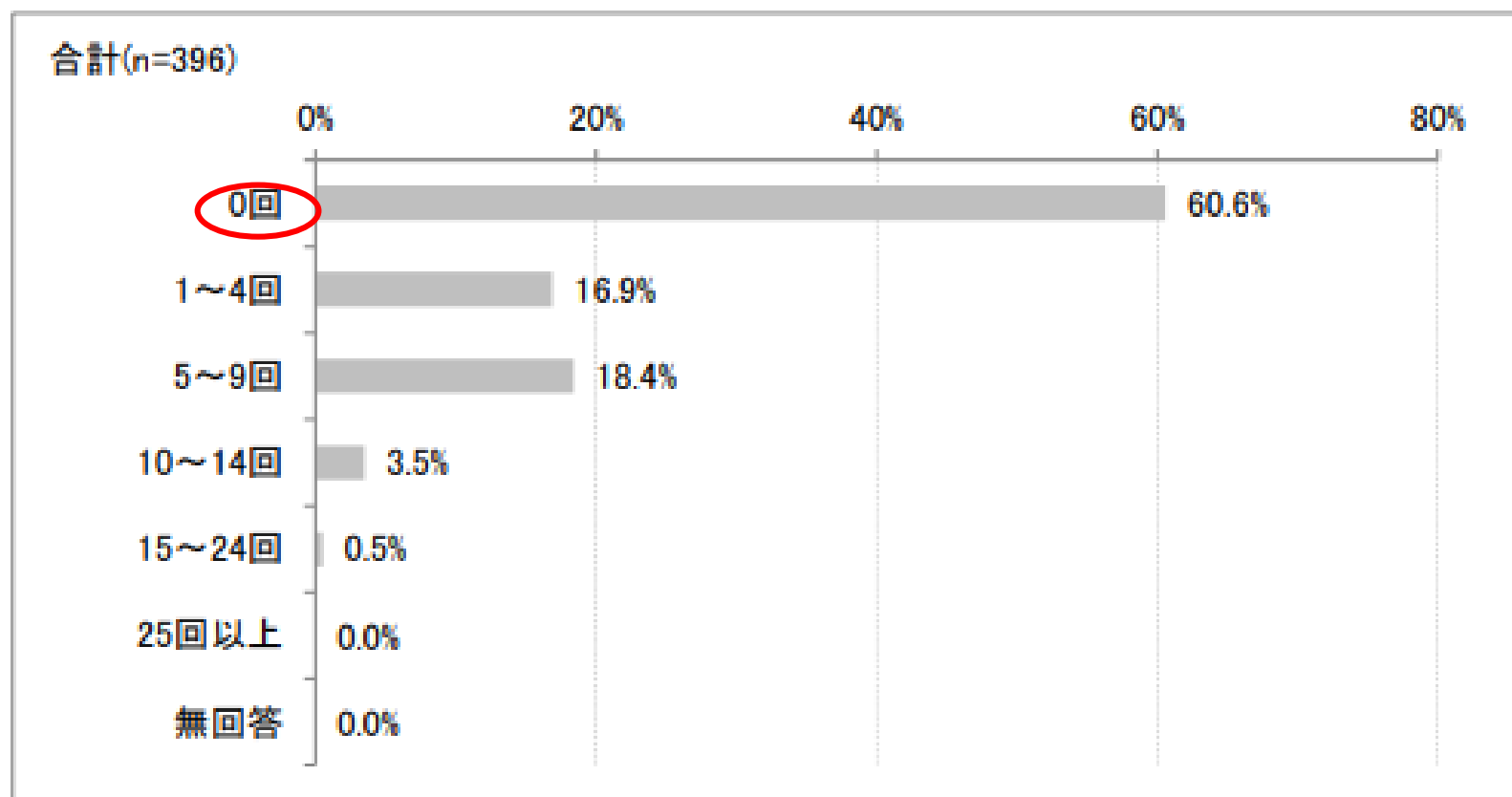
訪問系サービスの合計利用回数

本人の訪問系サービスの合計利用回数は、「0回」が76.0%と最も高く、次いで「1～4回」が12.9%、「5～14回」が7.6%となっています。



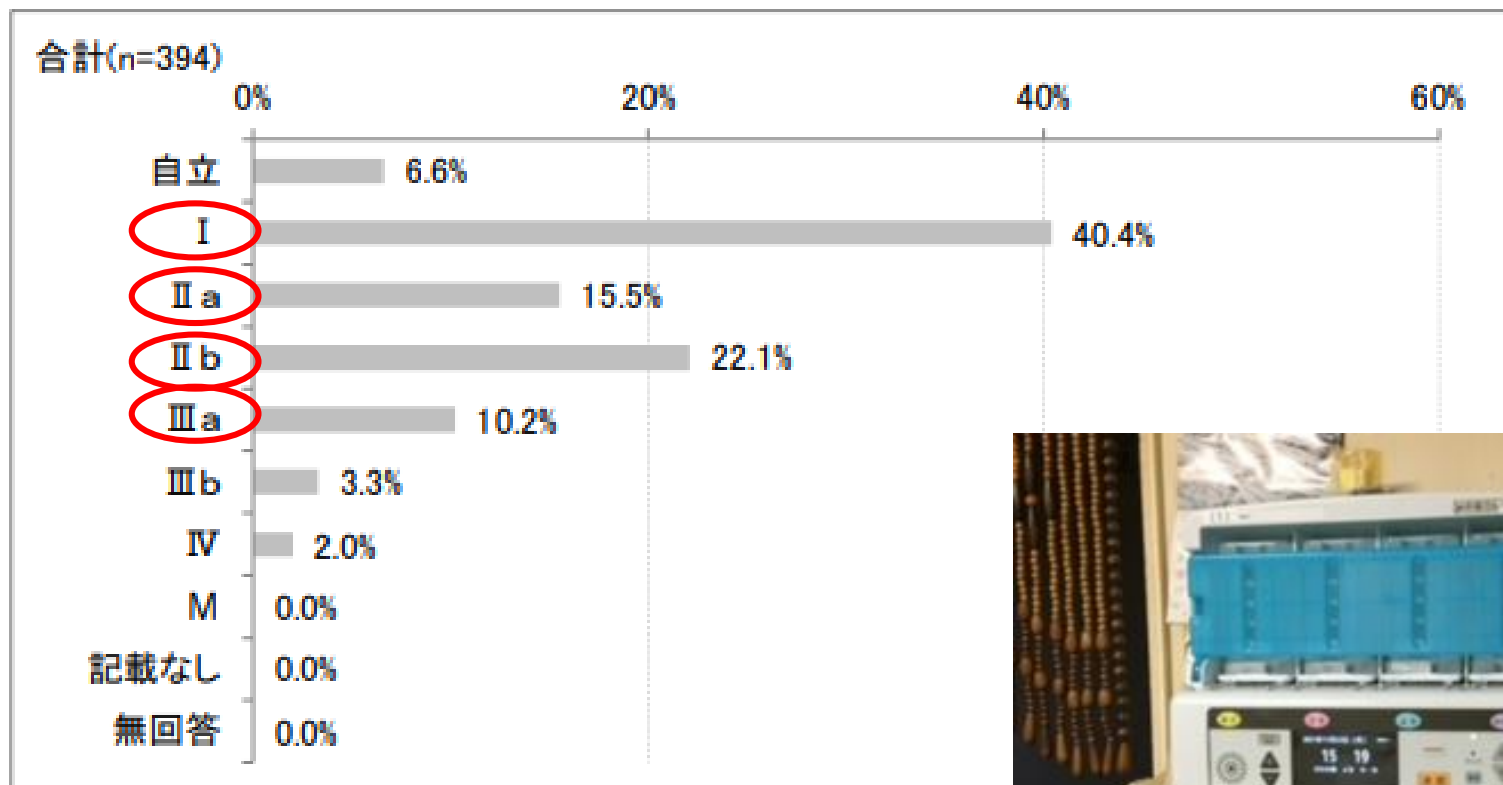
通所系サービスの合計利用回数

本人の通所系サービスの合計利用回数は、「0回」が60.6%と最も高く、次いで「5～9回」が18.4%、「1～4回」が16.9%となっています。



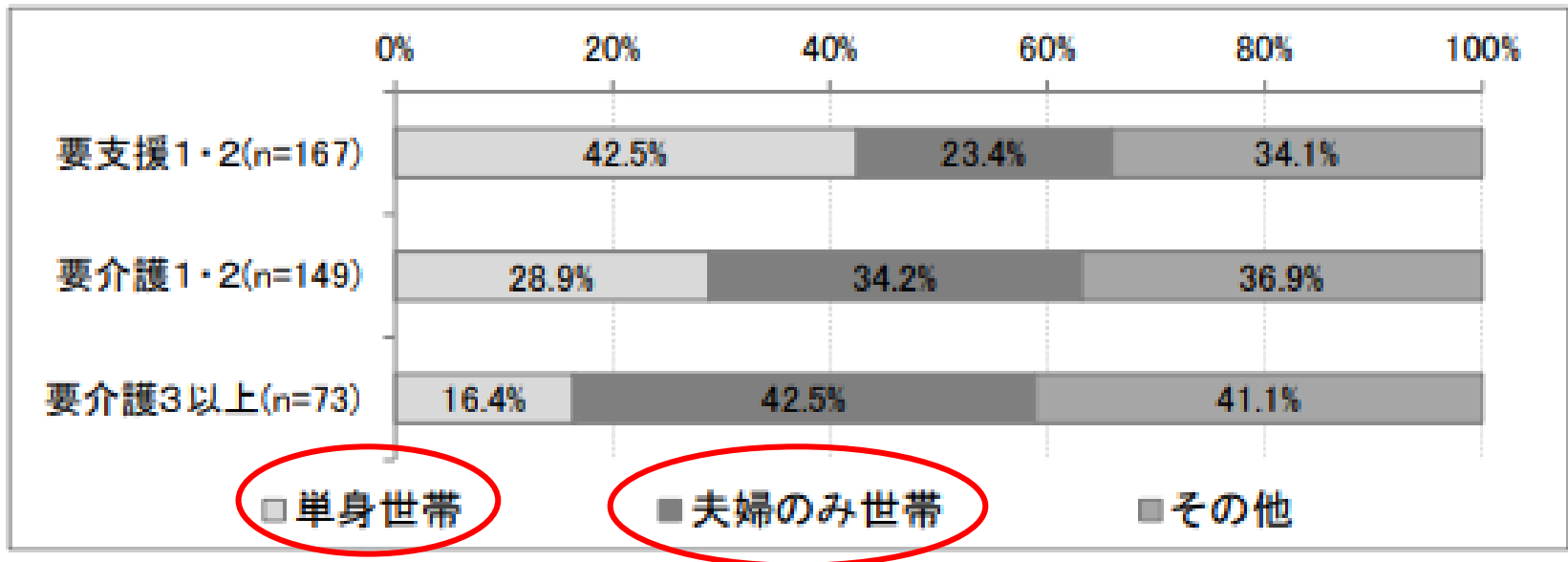
認知症高齢者の日常生活自立度

認知症高齢者の日常生活自立度は、「I」が40.4%と最も高く、次いで「II b」が22.1%、「II a」が15.5%、「III a」が10.2%となっています。



【世帯類型（要介護状態別）】

世帯類型を要介護状態別にみると、要支援1・2では「単身世帯」が最も高く、要介護1・2では「その他」、要介護3以上では「夫婦のみ世帯」がそれぞれ最も高くなっています。



管理栄養士の専門的視点とは

管理栄養士の業務

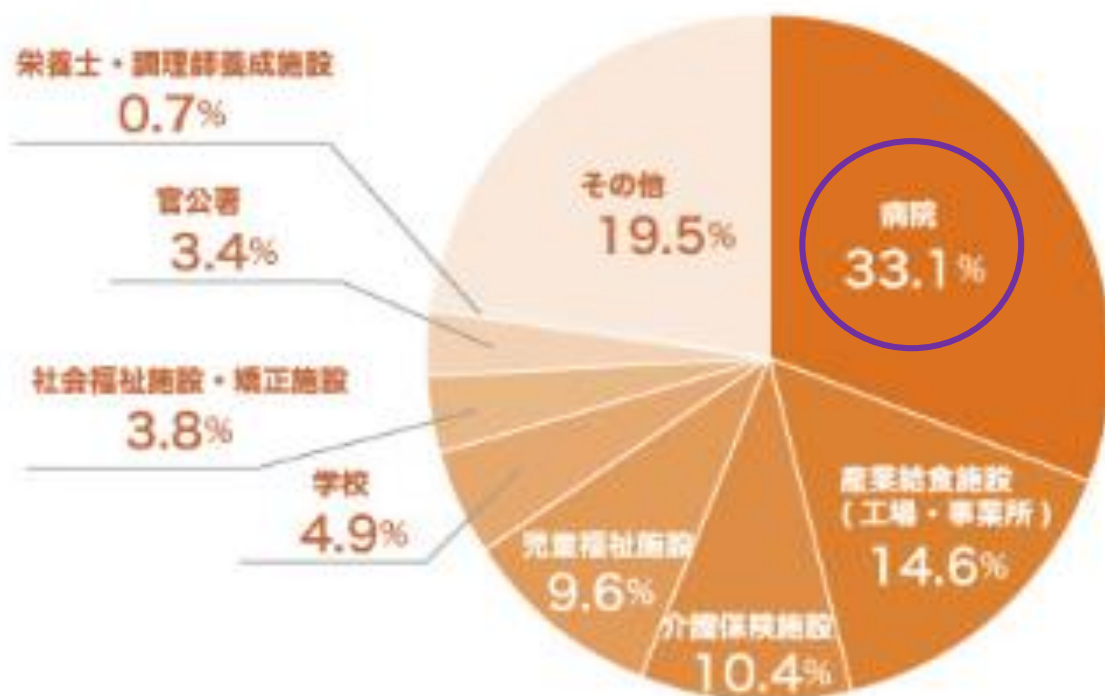
- 傷病者に対する療養のために必要な栄養の指導。
- 個人の身体状況、栄養状態に応じた高度の専門知識および技術を要する健康の保持増進のための指導。
- 特定多数の人に対して継続的に食事を供給する施設における利用者の身体の状態、栄養状態、利用の状況に応じた特別の配慮を必要とする給食管理およびこれらの施設に対する栄養改善上必要な栄養の指導を業とする。

平成30年度養成校卒業者の就職状況

栄養士業務の就職者数のうち、管理栄養士養成施設卒業では、病院、勤労者福利厚生施設への就職が約半数を、栄養士養成施設卒業では、病院、児童福祉施設、介護保険施設、産業給食施設への就職が約8割を占めています。

就業の分野が広いことがうかがえます。

管理栄養士養成課程卒業



管理栄養士に関係のある診療報酬

- (1) 食事サービス
- (2) 栄養食事指導
- (3) 栄養管理
- (4) 在宅医療

入院患者に対する栄養管理に係る主な評価について

- 栄養管理に対する主な評価は、以下のとおり。
- 主に低栄養状態の患者など、介入時点の影響状態に着目した指導に対して評価を行っている。

入院前



外来栄養食事指導料

(初回260点、2回目以降200点/月1回)
管理栄養士が医師の指示に基づき、**栄養指導が必要な患者**に対して食事計画書などを交付し、初回は概ね30分以上、2回目以降は概ね20分以上指導を実施
または、外来化学療法を実施している患者に関しては、月2回以上の指導を実施

入院時支援加算

(200、230点/退院時1回)
入院予定患者に対して治療方針、服薬中の薬の確認、栄養スクリーニングを入院前に実施

入院中

入院栄養食事指導料

(初回260点、2回目200点/週1回・入院中2回)
管理栄養士が医師の指示に基づき、**腎臓食等の特別食が必要な患者、がん患者、摂食・嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者**に対して食事計画書などを交付し、初回は概ね30分以上、2回目は概ね20分以上指導を実施



栄養情報提供加算

(50点/入院中1回)
栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、在宅担当医療機関等に情報提供を実施

栄養サポートチーム加算

(200点/週1回)
医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等からなるチームを編成し、**低栄養患者等**の栄養状態改善の取組を実施した場合を評価

早期栄養介入管理加算

(400点/1日)
特定集中治療室の**入室患者全員**に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、栄養アセスメント、栄養管理に係る早期介入の計画を作成、腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始

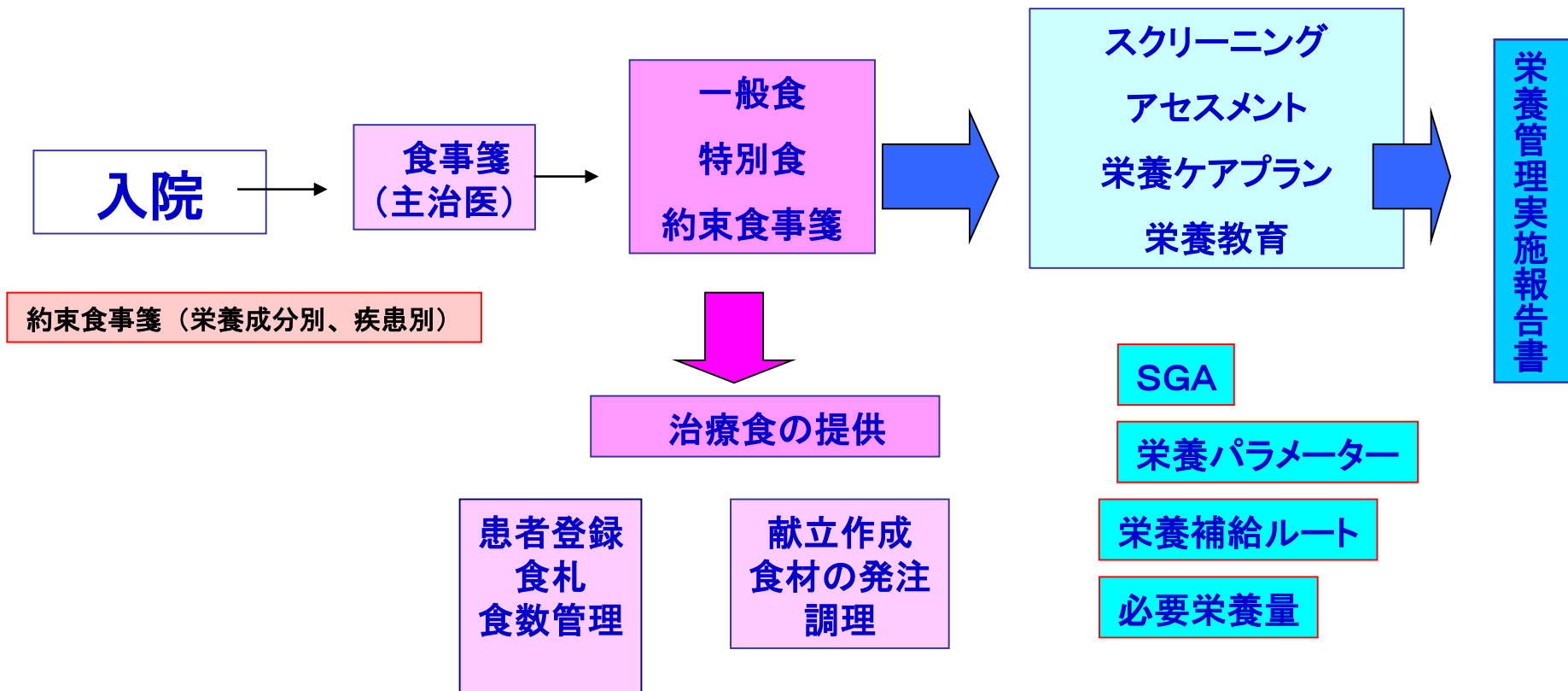
退院後



外来栄養食事指導料 (再掲)

在宅患者訪問栄養食事指導料

(440～530点/月2回)
在宅で療養を行っており通院が困難であって、**腎臓食等の特別が必要な患者、がん患者、摂食・嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者**に対して、管理栄養士が医師の指示に基づき食事計画書などを交付し、栄養管理に係る指導を概ね30分以上実施



入院患者への個別の栄養ケアは診療報酬上も定められている。
 入院時には、必ず栄養状態を確認(スクリーニング)を実施する。
 栄養障害(リスクも含む)がある場合は、
 栄養状態を詳しく調べて(アセスメント)、栄養ケアプランを作成し実行
 する。 → **栄養ケアマネジメント**

入院

栄養スクリーニング
体重の変化、食事摂取状況、身体所見、消化器症状

担当看護師

NST 施設
NST
スタッフ
週1回
カンファレンス
病棟ラウンド

栄養アセスメント
身体計測値、身体所見、血液・生化学検査
栄養食事調査、病状・臨床所見

管理栄養士
担当看護師

栄養管理プラン
必要栄養量の算出、栄養補給法の検討、栄養食事指導
多職種協働での栄養ケア課題の解決

管理栄養士
担当看護師
リハスタッフ
薬剤師

栄養管理の実施

栄養管理のモニタリング

管理栄養士
担当看護師

栄養管理の再プランニング

栄養管理プランの評価・アウトカム

退院



糖尿病の合併症を防ぐための食事療法

- 合併症の予防には血糖コントロール以外に、血圧・脂質コントロールも重要である。
- 高血圧合併患者の食塩摂取量は6g/日未満
- 高血圧発症予防も重要な治療目標である。食塩摂取量は発症前から男性7.5g/日未満、女性6.5g/日未満
- 高中性脂肪血症の場合、飽和脂肪酸、シヨ糖、果糖などの摂りすぎに注意する。
- 食物繊維を多く摂取する 20g/日を目標とする。
- アルコール摂取は適量(25g/日程度まで)
肝疾患や合併症など問題がある症例では禁酒とする。¹⁶

必要栄養量(エネルギー)の設定

- 性、年齢、肥満度、身体活動量、病態、患者の理解度などを考慮してエネルギー摂取量を決定する。
- 現体重と目標体重に大差がある場合は、柔軟に対応する(肥満者の場合はまず3%の減量をめざす)
- 治療開始時の算出の目安
目標体重 (IBW) × エネルギー係数
- 目標体重の目安

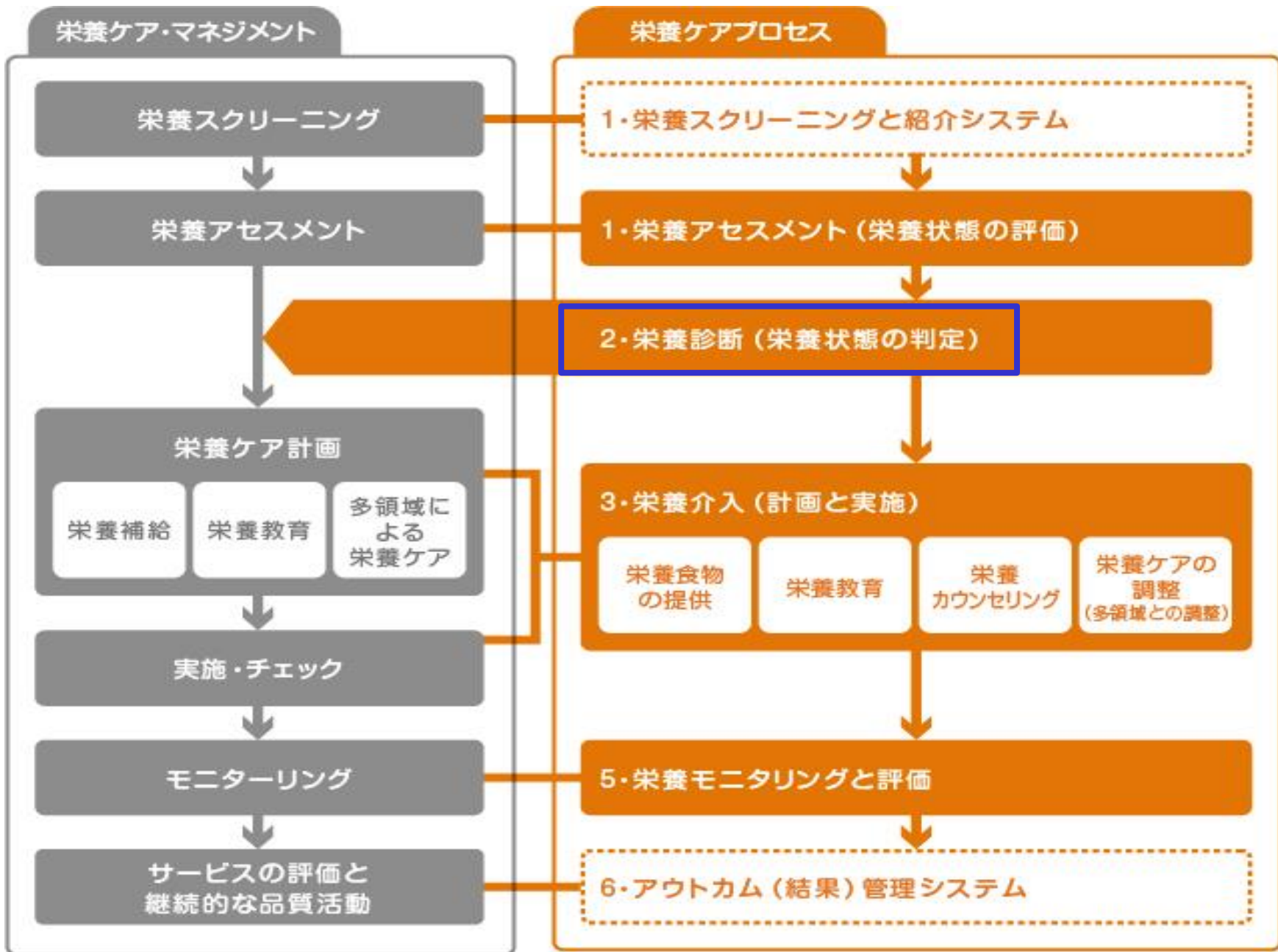
65歳未満	身長m ²	×	22
65～74歳	身長m ²	×	22～25
75歳以上	身長m ²	×	22～25
- エネルギー係数

軽い労作	25～30kcal/kg	目標体重 (IBW)
普通の労作	30～35kcal/kg	目標体重 (IBW)
重い労作	35～	kcal/kg 目標体重 (IBW)

身体活動レベルと病態によるエネルギー係数

		エネルギー係数
①軽い労作	大部分が座位の静的活動	25～30kcal
②普通の労作	座位中心だが通勤・家事・軽い運動を含む	30～35kcal
③重い労作	力仕事、活発な運動習慣	35kcal以上

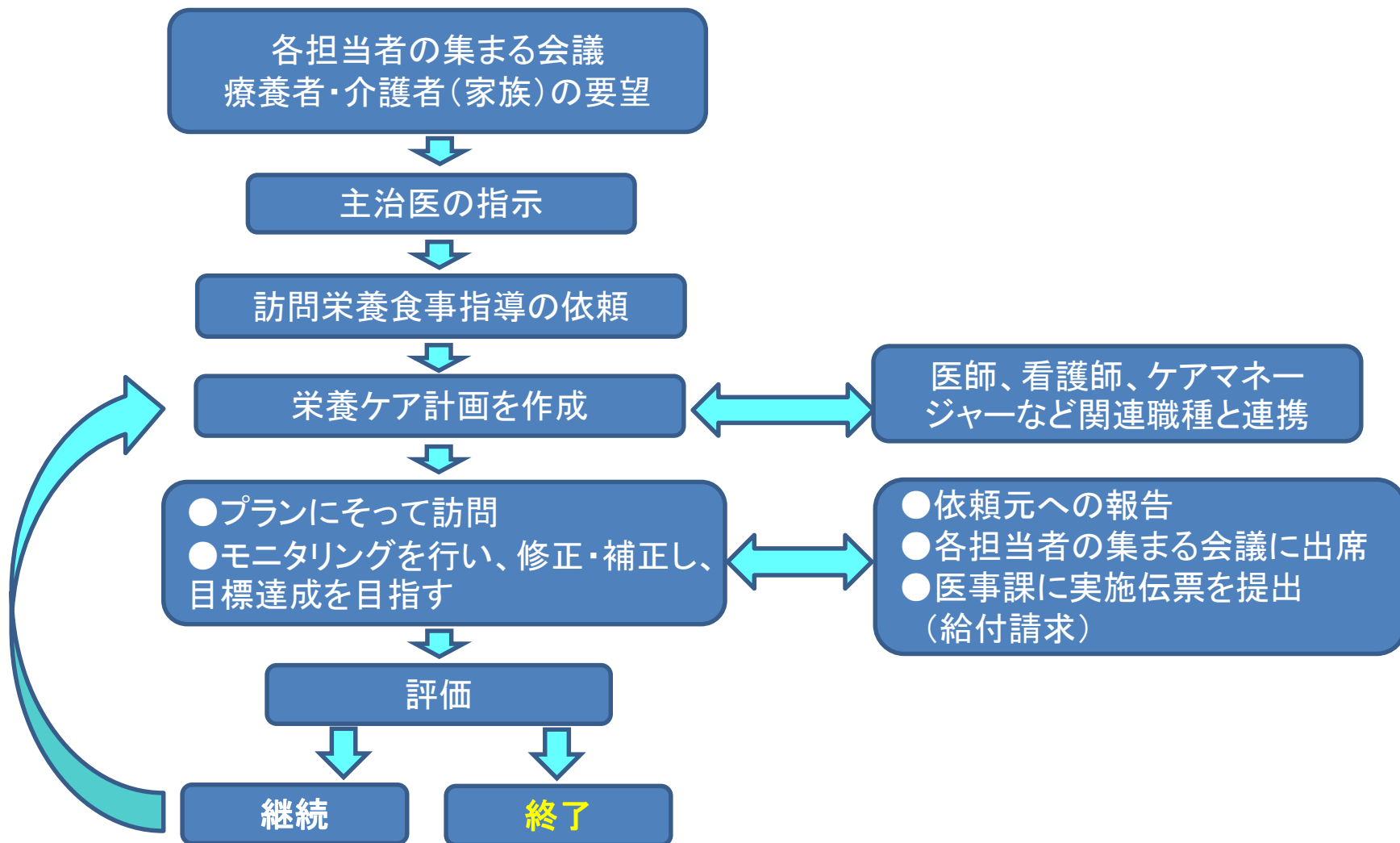
- ・高齢者のフレイル予防では、身体活動レベルよりも大きい係数を設定できる。
- ・肥満で減量を図る場合は、身体活動レベルより小さい係数を設定できる。
- ・目標体重と現体重とに大きな差がある場合は、①～③を参考に柔軟に係数を設定する。



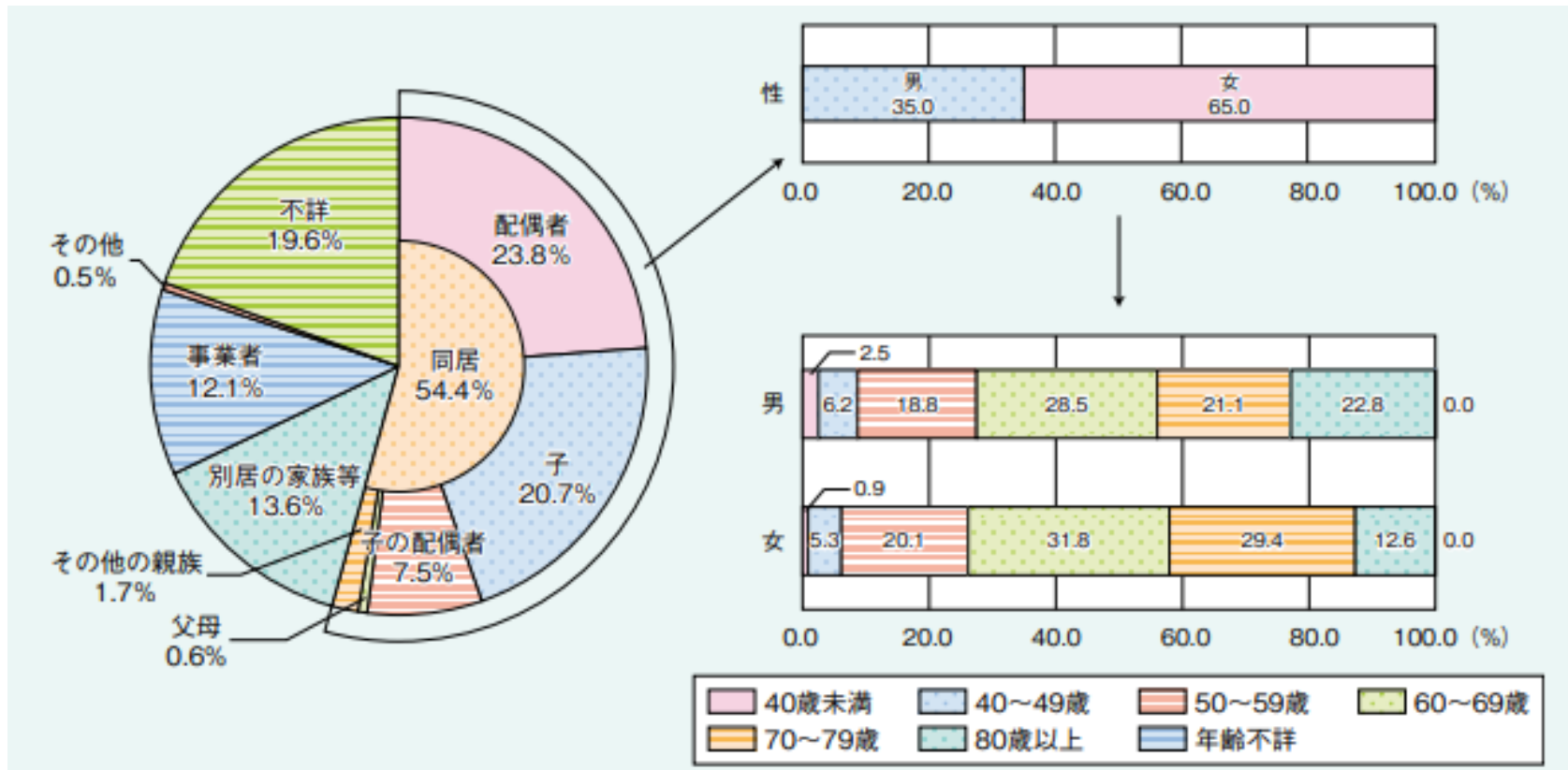
在宅訪問管理栄養士に必要なこと

- 基本的な給食管理と栄養管理ができること。
- コミュニケーションスキルが高く、患者・家族と楽しく会話ができること。
- 生活環境と栄養問題をアセスメントでき、サービス担当者会議で栄養管理の重要性について説明できること。
- 在宅で生活環境(家族の介護力、経済力等)を考慮しながら、多職種連携した栄養ケア計画を立案し、栄養ケアを実践して、在宅患者の栄養改善に貢献できること。
- 他の機関の多職種と連携できること。
- 介護保険制度のサービスを熟知していること。また地域のインフォーマルサービスも理解していること。
- 家にある材料で調理できること。
- 患者・家族が分かりやすく簡単な献立作成およびメニュー提案ができること。患者宅の近くのスーパーのどこに何が売っているか分かる。介護食品や栄養補助食品を販売しているスーパー、ドラッグストアが分かること。
- 患者、家族、多職種から信頼されること。

訪問栄養食事指導の流れ



介護者の内訳は配偶者がトップ

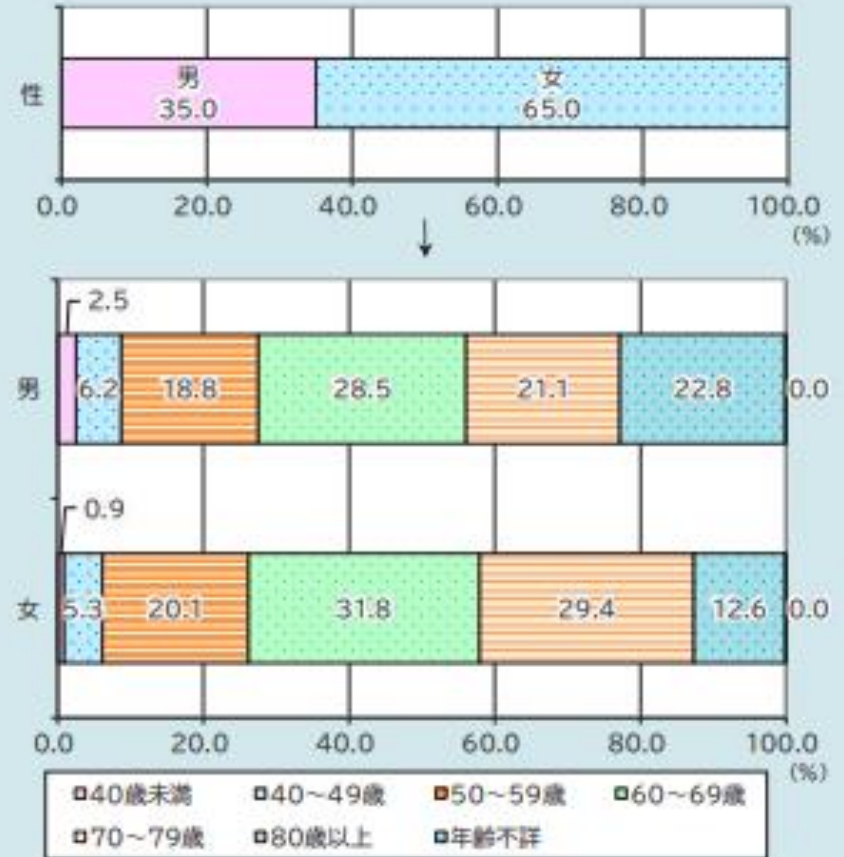
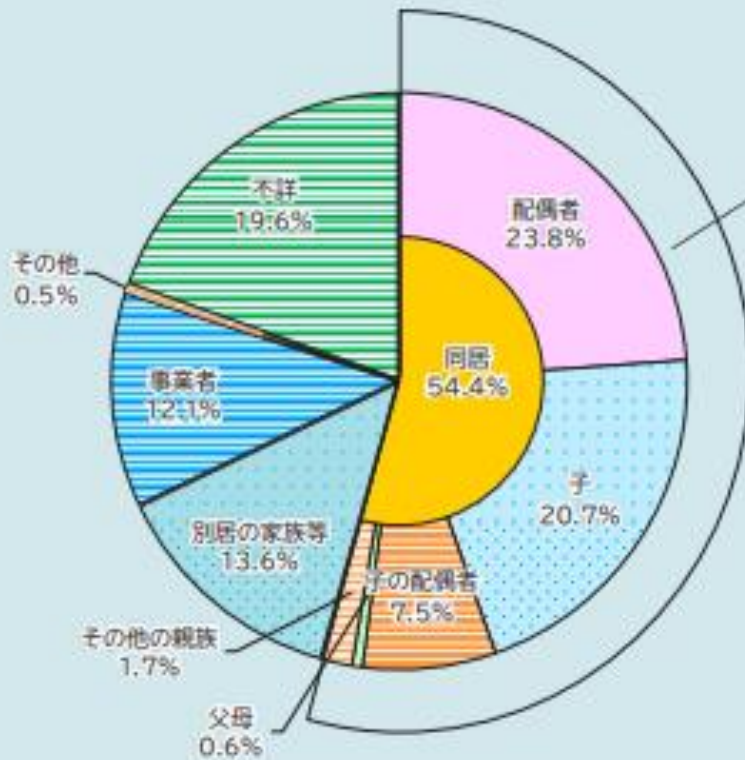


令和4年版高齢社会白書

要介護者等から見た主な介護者の続柄を見ると、同居している人が54.4%となっている。その主な内訳を見ると、配偶者が23.8%、子が20.7%、子の配偶者が7.5%となっている。また、性別については、男性が35.0%、女性が65.0%と女性が多くなっている。

介護者の続柄

高齢社会白書令和5年度版



資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」(令和元年)

(注) 四捨五入の関係で、足し合わせても100.0%にならない場合がある。

主な内訳を見ると、配偶者が23.8%、子が20.7%、子の配偶者が7.5%となっている。また、性別については、男性が35.0%、女性が65.0%と女性が多くなっている。

在宅訪問栄養食事指導とは

医療保険：**在宅患者訪問栄養指導530点**

介護保険：**居宅療養管理指導544単位**

通院困難で在宅診療を行っている患者で、厚生労働大臣が定める特別食を必要とすると医師が判断し、在宅訪問栄養食事指導の指示を出した者に対して、医療機関の管理栄養士は2回/月を限度に算定できる。

1 在宅患者訪問栄養食事指導料 1

イ 単一建物診療患者が1人の場合	530点
ロ 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	480点
ハ イ及びロ以外の場合	440点

2 在宅患者訪問栄養食事指導料 2

イ 単一建物診療患者が1人の場合	510点
ロ 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	460点
ハ イ及びロ以外の場合	420点

栄養ケアステーションの管理栄養士も訪問できる

在宅患者訪問栄養食事指導料

- ・ 在宅での療養を行っている患者で、疾病、負傷のために通院による療養が困難な者について、保険医療機関の医師が特別食を提供する必要性を認めた場合、当該医師の指示に基づき、管理栄養士が患者宅を訪問し、患者の生活条件、嗜好等を勘案した食品構成に基づく食事計画案又は具体的な献立等を示した栄養食事指導箋を患者又はその家族等に対して、食事の用意や摂取等に関する具体的な指導を30分以上行った場合に算定する。

在宅患者訪問栄養食事指導料 (医療保険)算定要件

在宅患者訪問栄養食事指導料1: 当該保険医療機関の管理栄養士

- (イ) 単一建物診療患者が1人の場合 530(510)点
- (ロ) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 480(460)点
- (ハ) (イ)及び(ロ)以外の場合 440(420)点

* ()は在宅患者訪問栄養食事指導料2: 当該保険医療機関以外の管理栄養士

注1 在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定める者に対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係わる指導を行った場合に、単一建物診療患者の人数に従い、患者1人につき月2回に限り所定点数を算定する。

注2 在宅患者訪問栄養食事指導に要した交通費は、患者の負担とする。

規定する特別食

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、**てんかん食**、心臓疾患等に対する減塩食、特別な場合の検査食（潜血食、大腸X線検査、大腸内視鏡検査のために特に残渣の少ない調理済食品を使用した場合）、十二指腸潰瘍に対する潰瘍食、消化管術後に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎等に対する腸管機能の低下に対する低残渣食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、尿素サイクル異常症食、メチルマロン酸血症食、プロピオン酸血症食、極長鎖アシル-CoA脱水素酵素欠損症食、糖原病食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食、特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く）、**がん患者**、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者、高度肥満症（肥満度が+40%以上又はBMIが30以上）に対する治療食、高血圧症の患者に対する減塩食（食塩6g未満）。

居宅療養管理指導算定要件

居宅療養管理指導費(Ⅰ):居宅療養管理指導事業所の管理栄養士が行う場合

- (1)単一建物居住者が1人の場合 544(524)単位
- (2)単一建物居住者が2人以上～9人以下の場合 486(466)単位
- (3)単一建物居住者が(1)及び(2)以外の場合 443(423)単位

*** ()は居宅療養管理指導費(Ⅱ):当該居宅療養管理指導事業所以外の管理栄養士**

注1. 在宅の利用者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書及び指導又は助言を行った場合に、**単一建物居住者(当該利用者が居住する建物に居住する者のうち、当該指定居宅療養管理指導事業所、その他の管理栄養士が、同一月に指定居宅療養管理指導を行っているものをいう)の人数に従い、1月に2回を限度として、所定単位数を算定する。

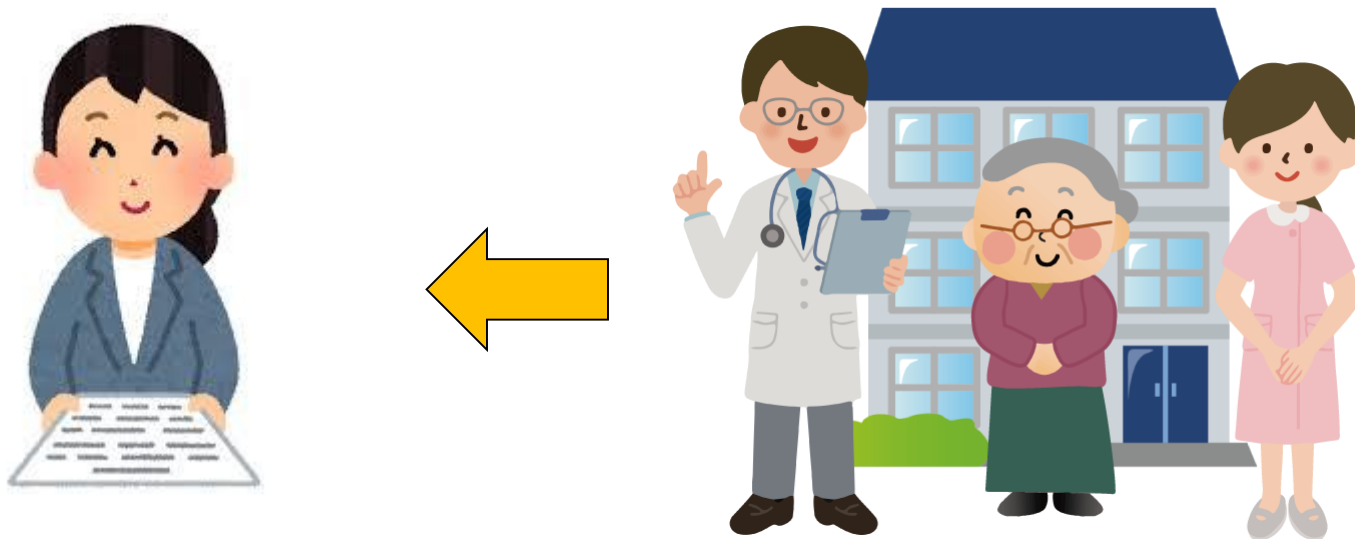
- 別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする利用者又は低栄養状態にあると医師が判断した者に対して、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、薬剤師その他の職種の者が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成している。
- 利用者ごとの栄養ケア計画に従い栄養管理を行っていると同時に、利用者又はその家族等に対して、栄養管理に係わる情報提供書及び指定又は助言を行い、利用者の栄養状態を定期的に記録している。
- 利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直している。

居宅療養管理指導実施上の留意事項 ③

12. 管理栄養士の行う居宅療養管理指導については、以下のアからクまでに掲げるプロセスを経ながら実施すること(以下「栄養スクリーニング」)。
 - ア. 利用者の低栄養状態のリスクを、把握すること。
 - 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」)。
 - 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人と共同して、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、利用者または家族が主体的に取り組むことが出来る具体的な内容および相談の実施方法など)、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またはその家族に説明し、その同意を得ること。

居宅療養管理指導実施上の留意事項 ④

- 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または助言を実施するとともに、栄養ケア計画の実施上の問題(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など)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などが必要な場合には、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なうこと。



居宅療養管理指導実施上の留意事項 ⑤

- 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、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3ヶ月を目途として、**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。

資料:「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係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について老介・老高・老振第0327001号、老老第0327002号

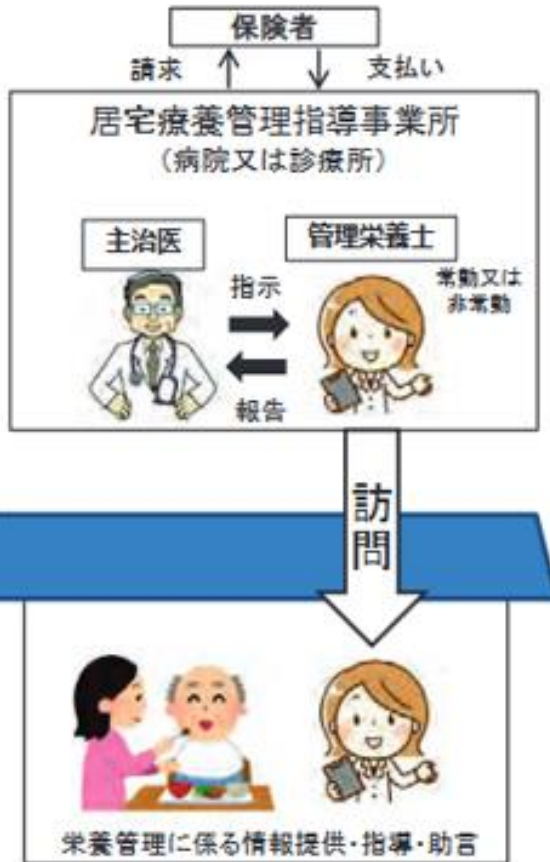
居宅療養管理指導実施上の留意事項⑥

13. 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、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、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、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、高度肥満症、高血圧の患者に対する減塩食、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、及び特別な場合の検査食

管理栄養士による居宅療養管理指導

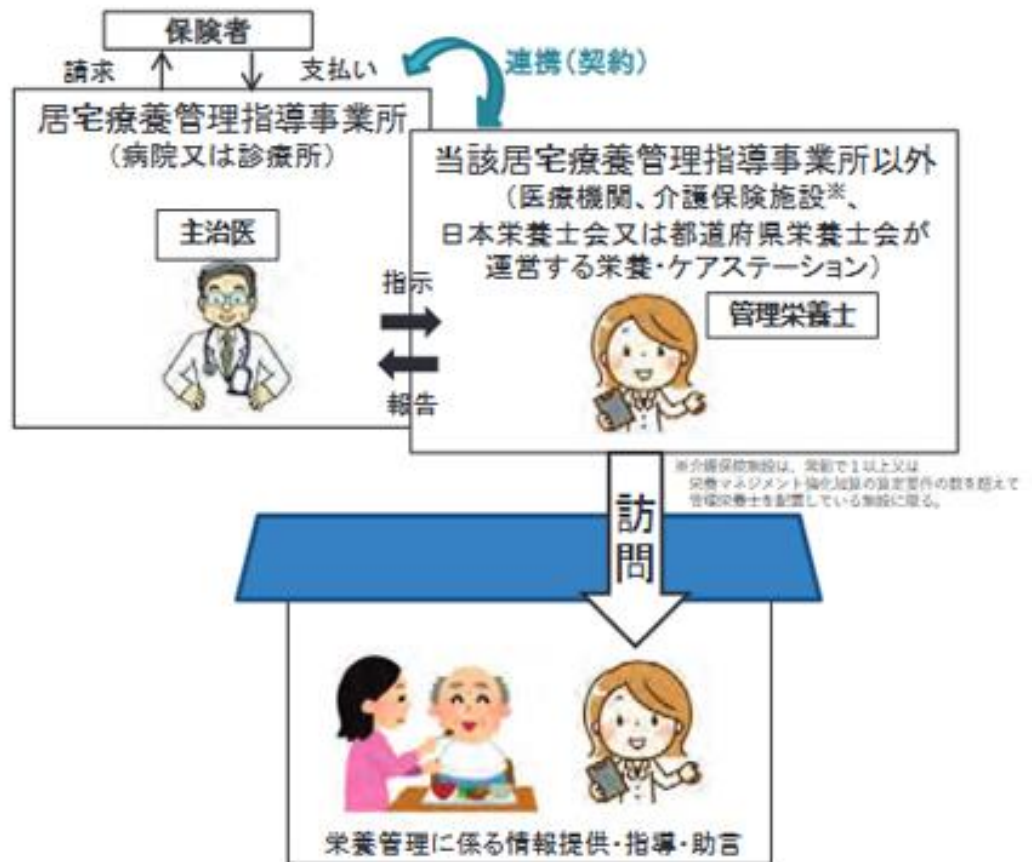
居宅療養管理指導費（Ⅰ）（443～544単位）

居宅療養管理指導事業所の
管理栄養士が行う場合



居宅療養管理指導費（Ⅱ）（423～524単位）


当該居宅療養管理指導事業所以外の
管理栄養士が行う場合



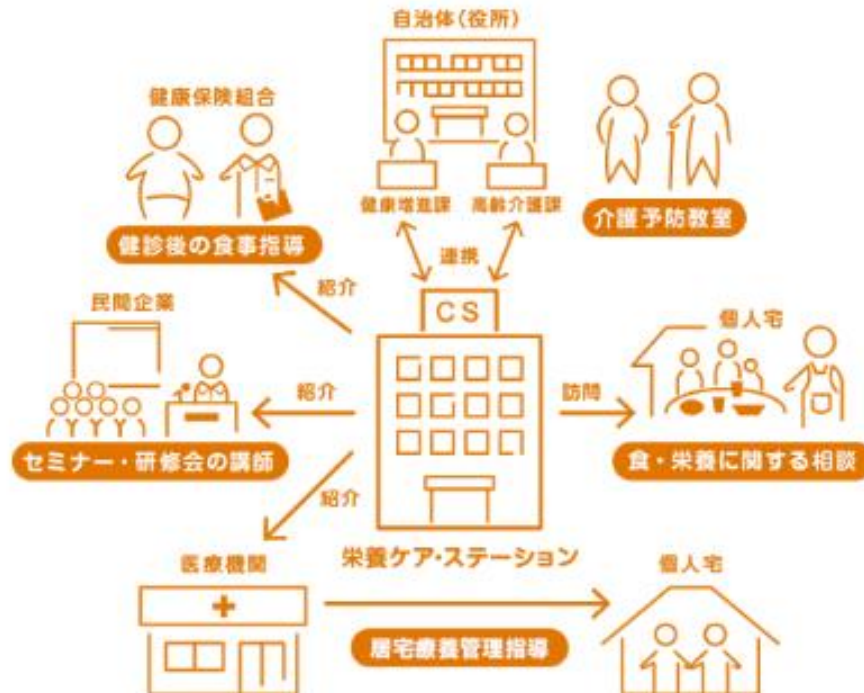
栄養ケアステーションとの連携

 全国の栄養ケア・ステーション

 拠点数
512拠点

 登録管理栄養士・栄養士
5,095名
2023年4月1日現在

- 公益社団法人長野県栄養士会栄養ケア・ステーション
- かんてんぱぱ 認定栄養ケア・ステーション
- アイン信州認定栄養ケア・ステーション



薬剤師と管理栄養士の在宅医療 における連携

社会保障審議会 介護給付費分科会（第230回）	資料 4
令和 5 年11月 6 日	

居宅療養管理指導（改定の方向性）

厚生労働省 老健局

これまでの分科会における主なご意見（居宅療養管理指導）②

※ 第217回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局において整理したもの

<居宅療養管理指導>

（栄養管理）

- 在宅や施設では血液検査等を長期間していない利用者も多く、実はかなりの低アルブミン血症が見逃されている実態もある。したがって、今後健康診断レベルの検体検査や心電図、レントゲン等の機会の確保をどう行うべきかも検討していく必要があるのではないか。
- 現在一部の薬局では、管理栄養士を雇用したり連携したりするなどにより、栄養相談にも応じた対応を進めているところも増えつつある。また、令和4年度老健事業では、管理栄養士による居宅療養管理指導に関する調査研究事業が行われているため、次回議論の際にはその研究結果を踏まえた議論をお願いしたい。
- 日頃から医療機関や老健施設等の介護施設で診療録の記録、データを踏まえて、そして、チームカンファを実施することによって指導管理を行っている管理栄養士が望ましい。サービスの質を担保するに当たっても、まずは余力のある医療機関や介護施設からのさらなる在宅での応援を願うことが先決。

（歯科衛生士による口腔管理）

- 現在は通所が困難な方への実施という形で制限されているが、本来は歯科医師とともに歯科訪問診療を行っており、必要な方へ提供が可能になるように整備すべき。

（実態調査）

- より役立つ実効性のあるものとするために、この居宅療養管理指導により、どのような指導が行われ、利用者にとってどのように役に立っているのか、この居宅療養管理指導の実態の調査も今後必要。

論点③薬局に勤務する管理栄養士による居宅療養管理指導の評価

論点③

- 令和3年度地方分権で『在宅の要介護者に対して、適切な栄養管理を行い、自立支援・重度化防止を推進するため、「薬局に勤務する管理栄養士」についても居宅療養管理指導の実施を可能とすること』が求められ、令和5年度中に結論を得ることとなっている。
- 令和4年度の老健事業で「管理栄養士による居宅療養管理指導に関する調査研究事業」を実施し、薬局に勤務している管理栄養士は、研修の受講回数や保有する学会認定等の資格が少ないことや、栄養管理に関する業務以外に接客業務に多くの時間を割いている実態を把握した。
- 栄養サービス提供の質を担保するに当たり、日頃から診療録やチームカンファレンス等に基づいて栄養管理を行っている医療機関等の管理栄養士が居宅療養管理指導に関わることを促進することが重要である等の意見があったことを踏まえ、どのように考えるか。

対応案

- 栄養サービス提供の質を担保する観点や勤務状況に係る実態調査の結果等を踏まえ、薬局に勤務する管理栄養士の居宅療養管理指導の実施に関して、今回の介護報酬改定においては、現行の基準を維持してはどうか。

薬局の管理栄養士の実態①

- 薬局に勤務する管理栄養士の1ヶ月の業務時間に占める各業務の割合は、接客・品出し等の店舗業務が最も多くを占めている。
- 栄養食事指導に関する研修の受講頻度について、定期的に研修を受けていると回答した割合は4割未満。

図 管理栄養士の業務と業務時間に占める割合 (N=200)

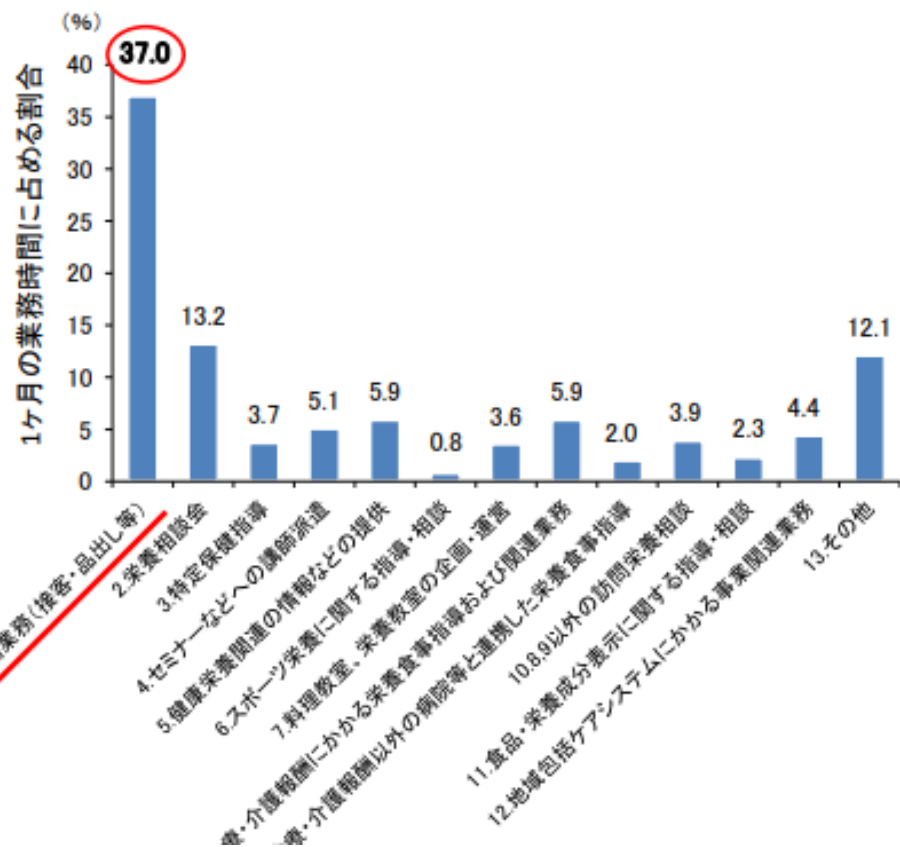
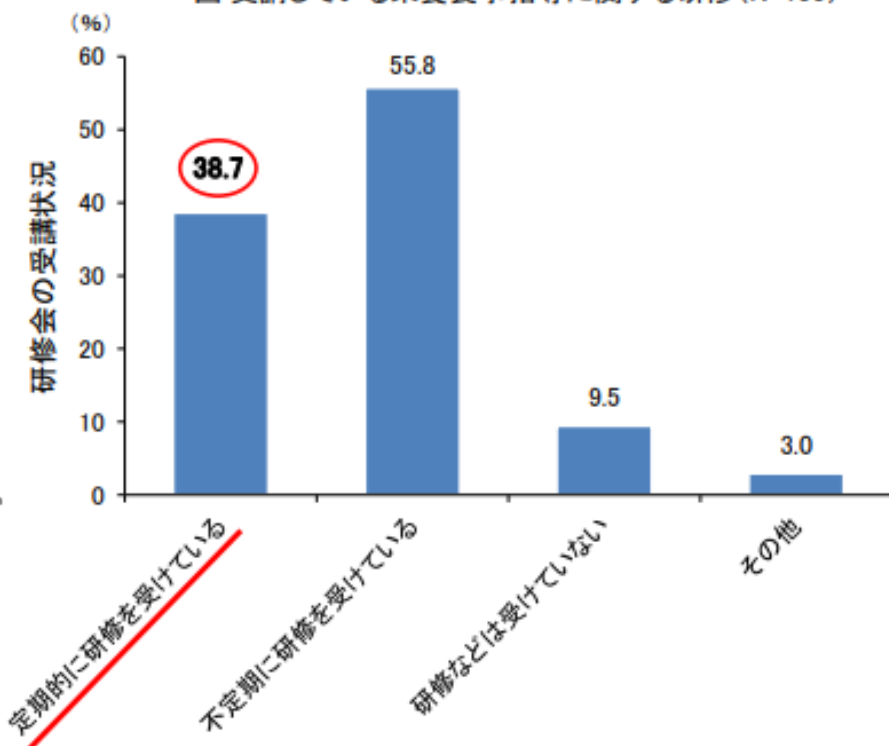


図 受講している栄養食事指導に関する研修 (N=199)

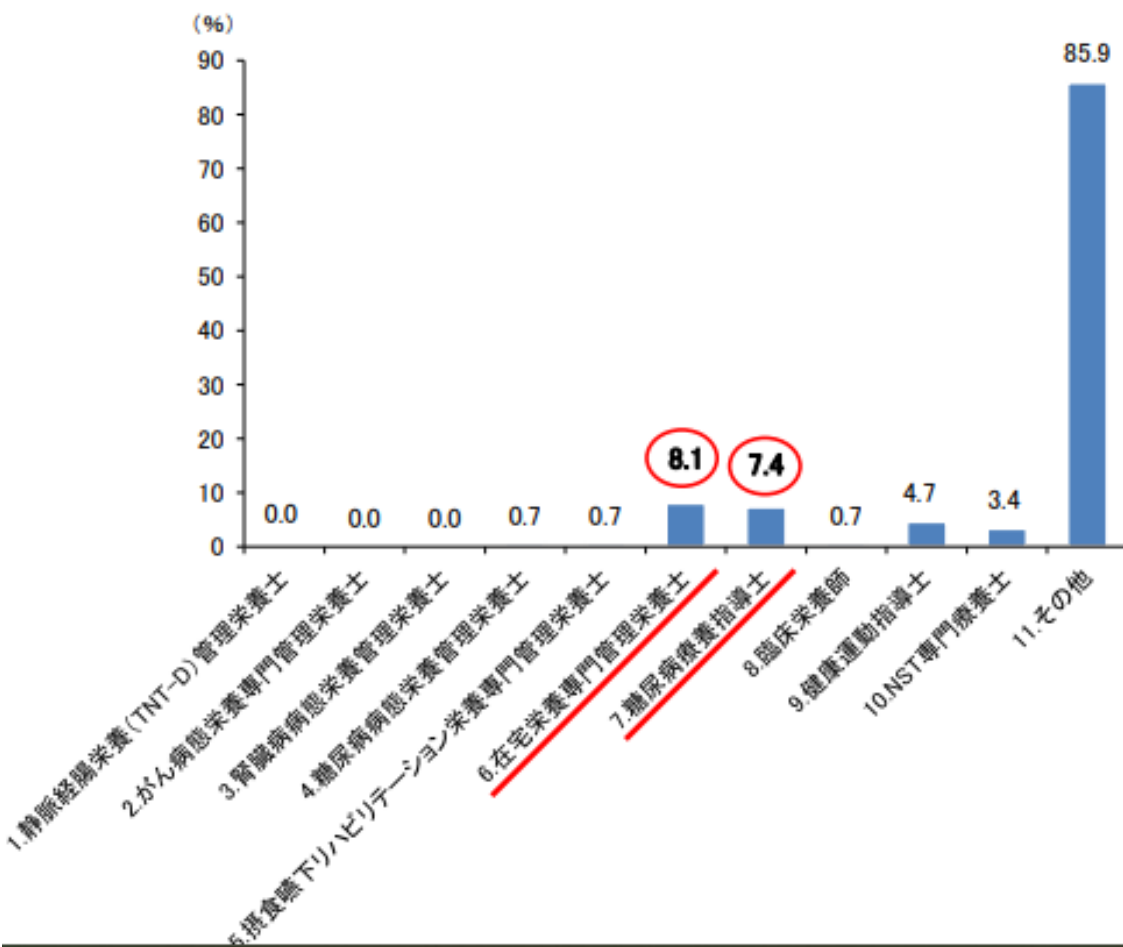


<調査対象施設数>
 薬局:200施設
 (うち、認定栄養ケアステーション:96施設)

薬局の管理栄養士の実態②

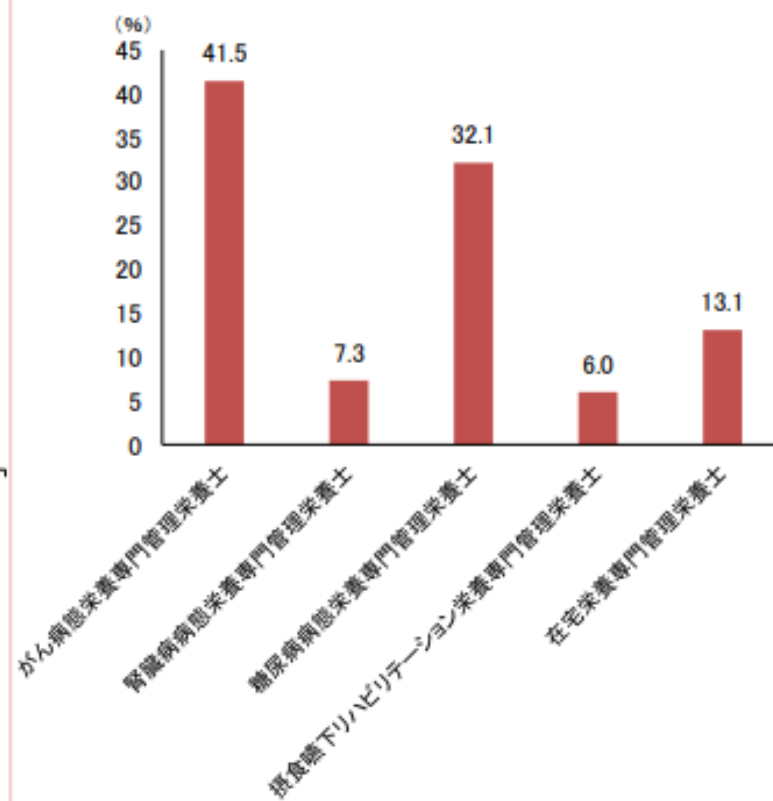
- 薬局に勤務する管理栄養士が保有する資格について、多いものでも在宅栄養専門管理栄養士が8.1%、糖尿病療養指導士が7.4%など、栄養食事指導に関する資格を保有する者は少ない。

図 薬局の各資格の保有者割合(N=149)



【参考】

病院の管理栄養士の学会認定資格の保有者割合(N=750)



【出典】平成30年度全国病院栄養部門実態調査を参考に老人保健課にて作成

薬局等の管理栄養士の業務について

- 薬局やドラッグストアに勤務している管理栄養士・栄養士は、資格を使用した業務が全体の5割以下と感じている者の割合が約6割である。
- 業務への専念について、医療事務などの他業務が多く、管理栄養士業務に専念できないことを課題と捉えている。

図 薬局等の管理栄養士・栄養士としての業務の割合

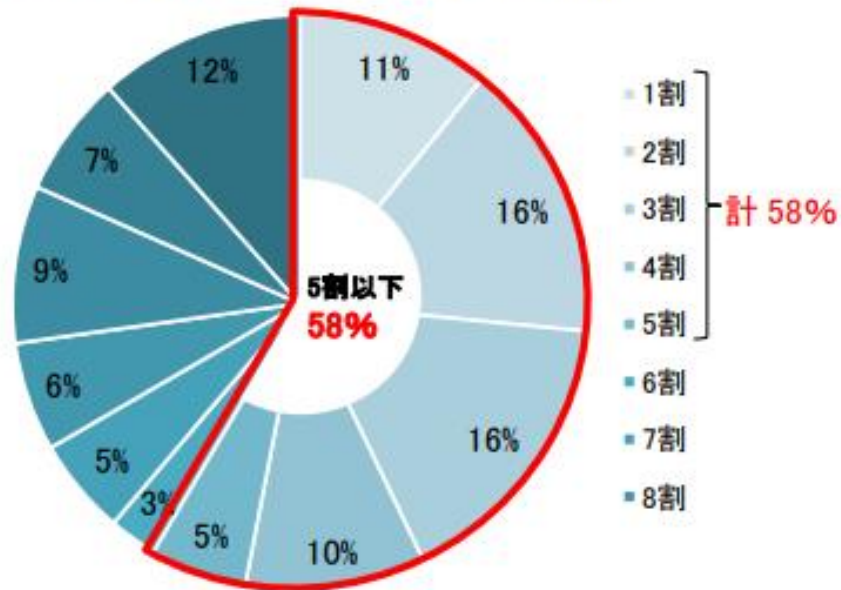


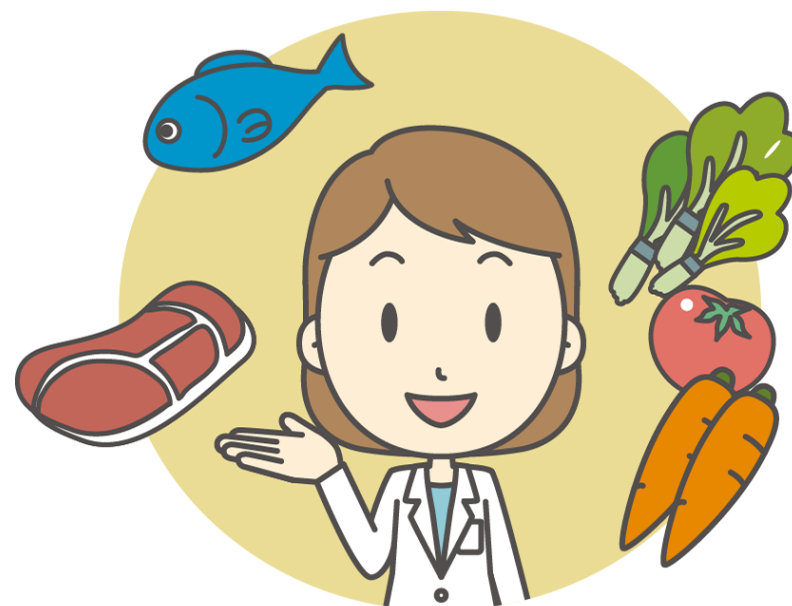
表 薬局・ドラッグストアの管理栄養士・栄養士の課題(自由回答)

カテゴリー	内容(回答数)
業務への専念・時間	<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士業務に専念できない(6) ・栄養士業務の時間が無い(7) ・他業務・家庭との両立(2) ・栄養士の仕事が全くできていない(3) ・マンパワー不足(3) ・管理栄養士の仕事を作り、継続することが課題 ・管理栄養士の働く場所が無い ・他業務との両立(6) ・医療事務業務がメイン(4) ・管理栄養士としての業務を増やしていくことが課題

※業務内容:「栄養相談(有料・無料)」「特定保健指導」「訪問栄養指導」「セミナー・イベント」等

病院を定年退職した管理栄養士を 薬局で雇用するのはどうか

- 各学会の認定資格を持っている。
- 給食管理、栄養管理、栄養食事指導、他職種連携ができる。
- チームカンファレンス、NST、チーム医療、緩和ケアの対応ができる。



在宅訪問管理栄養士と訪問薬剤指導の連携

薬剤の影響(多剤含む)によって食欲不振、下痢、便秘になる場合。
経腸栄養剤の選択方法、抗がん剤・化学療法を行う患者に対する食支援

終末期の在宅療養者に対する在宅訪問栄養食事指導の介入効果の検討

中村育子1), 前田佳予子2), 田中弥生3), 本川佳子4), 水島美保5), 前田 玲6)

1)名寄市立大学, 2)武庫川女子大学, 3)関東学院大学, 4)東京都健康長寿医療センター研究所

5)認定栄養ケア・ステーション在宅栄養もぐもぐ大阪, 6)帯広中央病院

はじめに

- 誰もが安心して在宅で最期を迎えられるように、地域で支え合う社会システムの構築が必要である。その中でも特に最期まで自分の食べたい物が食べられるための食支援は、エンド・オブ・ライフケアの中でも、最も重要な課題と思われる。
- 人生の最終段階における管理栄養士の果たす役割は大きいと思われるが、その中の在宅訪問栄養食事指導の介入効果について、ほとんど評価がなされていない。このような状況から、在宅療養者および家族等にとって、在宅訪問栄養食事指導の食支援の介入効果について検討する必要があると思われた。終末期の在宅療養者に対して、最期まで口から食べることを支援する在宅訪問栄養食事指導の介入効果の検討を目的とした。

方法

- 日本在宅栄養管理学会の会員1,787人中、実際に在宅訪問栄養食事指導を行っているのは786人(44.0%)であり、その中で終末期の在宅療養者に対し、在宅訪問栄養食事指導を行った経験のある管理栄養士192人から回答があった。調査期間は2022年3月23日から2022年7月31日までとした。
- 管理栄養士の介入効果については、対応のないt検定、 χ^2 検定を用いた。有意水準は5%とした。
- 倫理的配慮は、対象者には本調査の概要としてとして書面と口頭で調査の目的を説明し、参加は自由意志によるものであること、不利益を受けずに随時撤回できることを説明した上で、書面にて本人の同意を得た。本調査は名寄市立大学倫理委員会承認(承認番号:No. R3-026)のもとに行った。

結果

- 終末期の在宅療養者は192人で、平均年齢は83.7±10.5歳であった。経口摂取できる者は、一部経口も含めて183人(95.4%)で、その中で嚥下調整食の必要な者は127人(66.1%)であった。
- 終末期の在宅療養者の介護者において、管理栄養士が介入して食事作りの負担が改善した者は145人(75.5%)であった。
- 管理栄養士の介入によって、介護者の困りごとの改善($P=0.032$)と、在宅療養者が最期に好物を食べることができた($P=0.018$)という結果がみられた。

表2 人生の最終段階における管理栄養士の介入回数および効果

分類	質問項目	全体 n=192	癌群 n=111	非癌群 n=81	P値 ¹⁾
管理栄養士の介入	管理栄養士の介入期間（日）	357.7±561.3 ²⁾	349.2±577.8	369.5±541.2	0.177
	管理栄養士の介入回数	19.7±31.6	19.4±30.5	20.2±33.2	0.161
管理栄養士の食支援による効果	介護者は患者に対して、好きな物、食べたい物を食べさせたいと思っていた	184(96.8%)	108(98.0%)	76(95.0%)	0.208
	介護者は誤嚥せずに安全に食べさせたいと思っていた	164(87.7%)	98(90.0%)	66(84.6%)	0.255
	介護者は食に対する困りごとがあった	178(93.2%)	104(93.7%)	74(92.5%)	0.720
	困りごとは管理栄養士によって改善した	165(92.7%)	96(93.2%)	69(93.2%)	0.978
	介護者の食事作りの負担は管理栄養士が介入して改善した	145(78.0%)	78(72.2%)	67(85.9%)	0.031
	終末期に経口摂取できていた	184(96.8%)	106(96.4%)	78(97.5%)	0.677
	最後に食べた物は患者の好物だった	99(66.9%)	60(73.2%)	39(59.1%)	0.125
	死亡直前まで経口摂取ができていた	88(55.3%)	53(59.6%)	35(50.0%)	0.266
	最後まで口から食べることを希望していた	121(68.8%)	66(66.0%)	55(72.4%)	0.225
介護者から見た療養者の意向	療養者は経口摂取以外の栄養ルートへの拒否があった	67(38.7%)	46(46.5%)	21(28.4%)	0.196
	介護者は経口摂取以外の栄養ルートに対する拒否があった	91(52.6%)	57(57.8%)	34(45.9%)	0.192
介護者から見た専門職の意識	介護者からみた専門職の提案や情報提供があった	126(71.2%)	79(77.5%)	47(62.7%)	0.029
管理栄養士の多職種連携	管理栄養士は歯科医師、歯科衛生士、看護師、言語聴覚士によるオーラルケアを行った	146(77.7%)	86(78.2%)	60(76.9%)	0.981
	管理栄養士は理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等による嚥下リハビリテーションを行った	54(28.4%)	39(35.5%)	15(19.0%)	0.020
	管理栄養士は他の職種と協働した	119(63.0%)	65(58.6%)	54(69.2%)	0.087
管理栄養士の介入との関連	質問項目	関連項目		P値 ¹⁾	
	介護者の食事作りの負担は管理栄養士が入って改善した	介護者の食の困りごと		0.032	
		最後に食べた物は好物だった		0.018	
		本人の食事に対する意欲		0.071	

表2
人生の最終段階における管理栄養士の介入回数および効果

1) 対応のないt検定, 有意確率（両側）. P値<0.05.

2) 平均±SD

考察

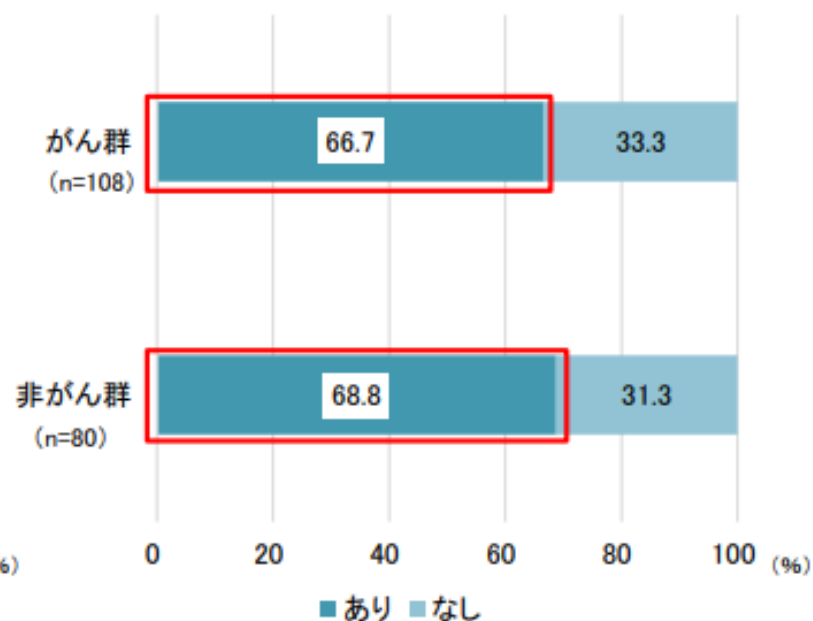
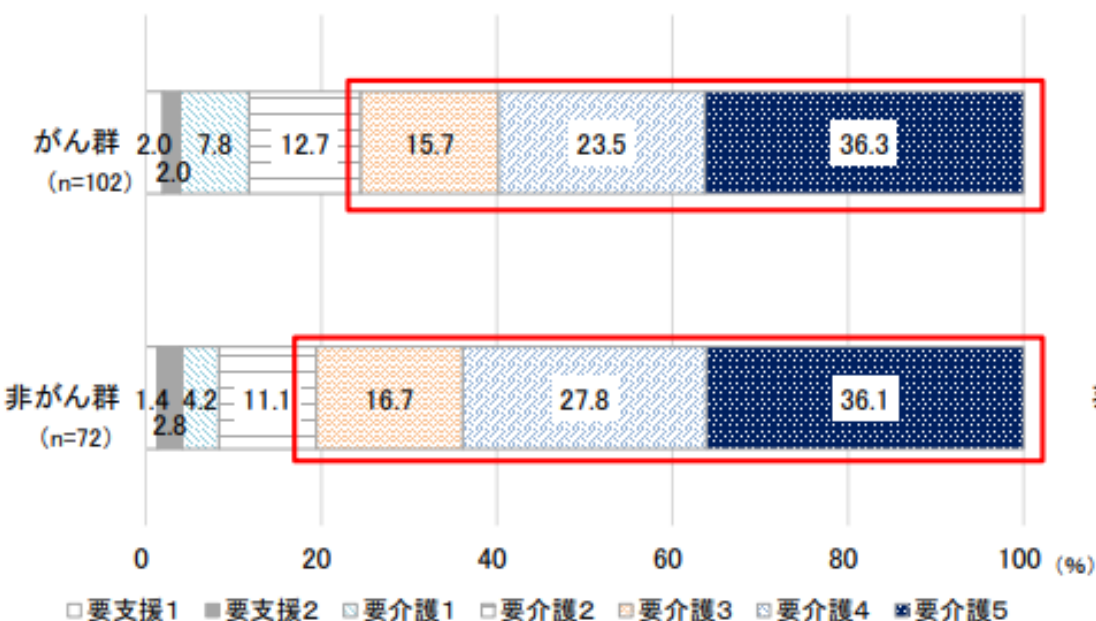
- 終末期の在宅療養者に対する在宅訪問栄養食事指導の介入効果は、介護者の食事作りの負担の軽減がみられた。
- 管理栄養士の介入により、在宅療養者の食べやすい食事や嗜好に合わせ、介護者の調理技術の向上や簡単に食事を用意できることが可能となり、介護者の食の困りごとを改善した。それにより、在宅療養者に最期の一口は、好物を摂取できることが可能になった。

終末期在宅療養者の栄養介入の必要性

- 終末期の在宅療養者は、約80%が要介護3以上であった。
- 終末期の在宅療養者では、約70%で嚥下調整食の必要性があった。

図 要介護度割合

図 嚥下調整食の必要性



【出典】「終末期の在宅療養者に対する在宅訪問栄養食事指導の介入効果の検討. 中村ら. 日本在宅医療連合学会誌(4), 19-27, 2023」
をもとに老人保健課にて作成(エラー・無回答を除く)

終末期在宅療養者における栄養介入の内容と効果

- 終末期における食支援に対する意向として「介護者は療養者に対して、好きな物、食べたい物を食べさせたいと思っていた」や「介護者は食事に対する困りごとがあった」との回答が多かった。
- 管理栄養士の食支援による効果として、「困りごとが管理栄養士によって改善した」や「終末期に経口摂取できていた」との回答が多かった。

図 終末期における食支援に対する意向 (複数回答可)

(n=192)

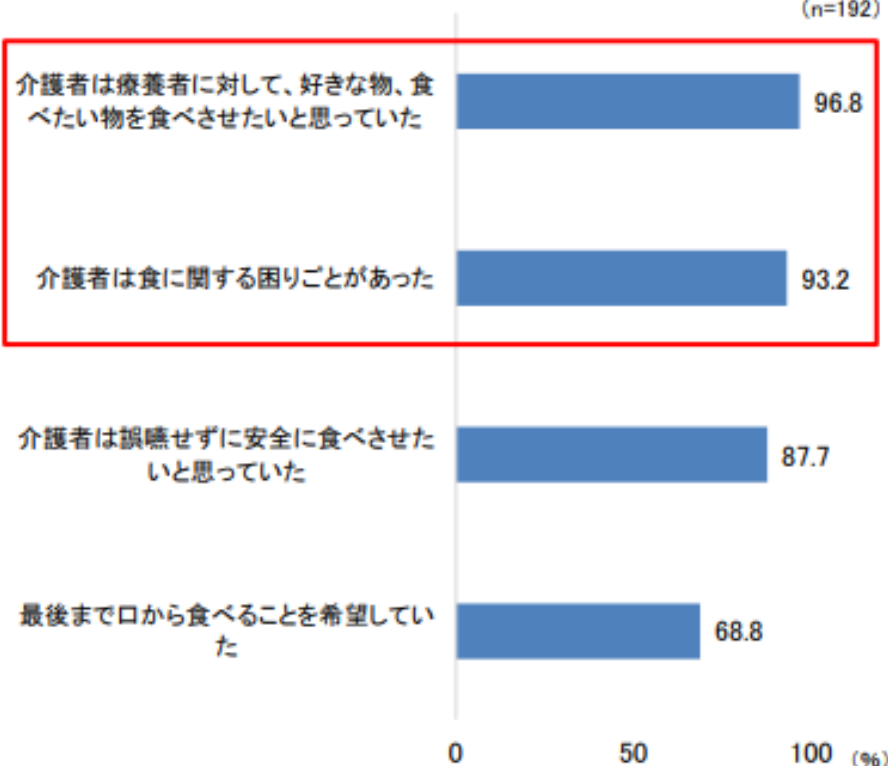
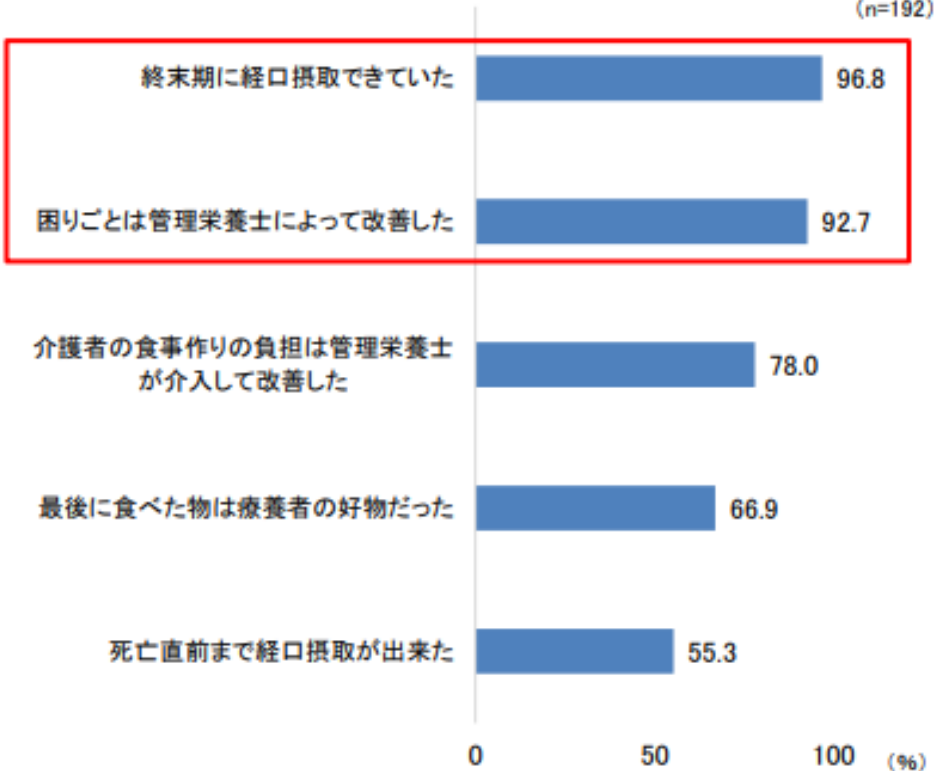


図 管理栄養士の食支援による効果 (複数回答可)

(n=192)



介護者の困りごとと 管理栄養士の食支援

項目	人数	理由	回答人数
食に関する介護者の 困りごと (複数回答可)	139	何をどのくらい食べさせたら良いのか分からない	49
		食べてくれず食事量が少ない	45
		むせ込みがある	32
		適切な食事形態が作れない	31
		誤嚥しやすい	23
		食に関する多くの悩みが解決しない	14
		食べないことへの不安	7
		時間のかかる嚥下調整食は作れない	7
		治療食の作り方が分からない	3
		下痢	2
		食事に時間がかかる	1
管理栄養士の食支援により介護者の食事作りの負担が改善した理由 (複数回答可)	145	実践的な調理指導が受けられた	80
		栄養に関する情報提供や相談ができた	67
		市販品の利用方法や栄養指導が受けられた	65
		レシピ提案により、嚥下調整食の作れるレシピが増えた	27
		介護者の食に関する悩みが無くなった	27
		食事作りが楽になった	16
		食事量が増えた	10

在宅訪問栄養食事指導の介入と在宅療養者が最期に食べたもの

項目	人数	理由	回答人数
在宅訪問栄養食事指導を導入して良かったこと（複数回答可）	145	好物が食べられて本人・家族が喜んだ	91
		最期まで経口摂取できた	50
		家族が適切な食事を作れるようになった	46
		食支援を通じて介護者の支えになった	37
		栄養に関する相談ができた	29
		食事の食べさせ方が理解できて悩まなくなった	28
		最期までむせずに食べられた	9
		食事量が増えた	6
		家族の食事負担が軽減した	5
		栄養状態が安定していて、ときどき入院ほぼ在宅が実践できた	4
		褥瘡が改善した	3
食欲が改善した	3		
在宅療養者が最期に食べたもの	115	刺身、ステーキのペーストととろみつきウィスキー、チキンカツペースト、ハンバーグ、南瓜煮、餅ゼリー入り雑煮、餃子、鮭の塩焼、寿司、家族と同じ食事の嚥下調整食、かつ丼の嚥下調整食、粥、シチュー、ホットドックペースト、ペースト食、とろみつき日本酒、とろみつきビール、茶わん蒸し、とろみつきみそ汁、うどんのペースト、日本酒ゼリー、やわらか大福、さつま芋ペースト、とろみのかき氷、果物ペースト、ゼリー、モンブラン、プリン、いちごのすりつぶし、アイスクリーム、おはぎペースト、とろみつき果物果汁、スムージー等	

2. (1) ⑳ 管理栄養士による居宅療養管理指導の算定回数の見直し

概要

【居宅療養管理指導★】

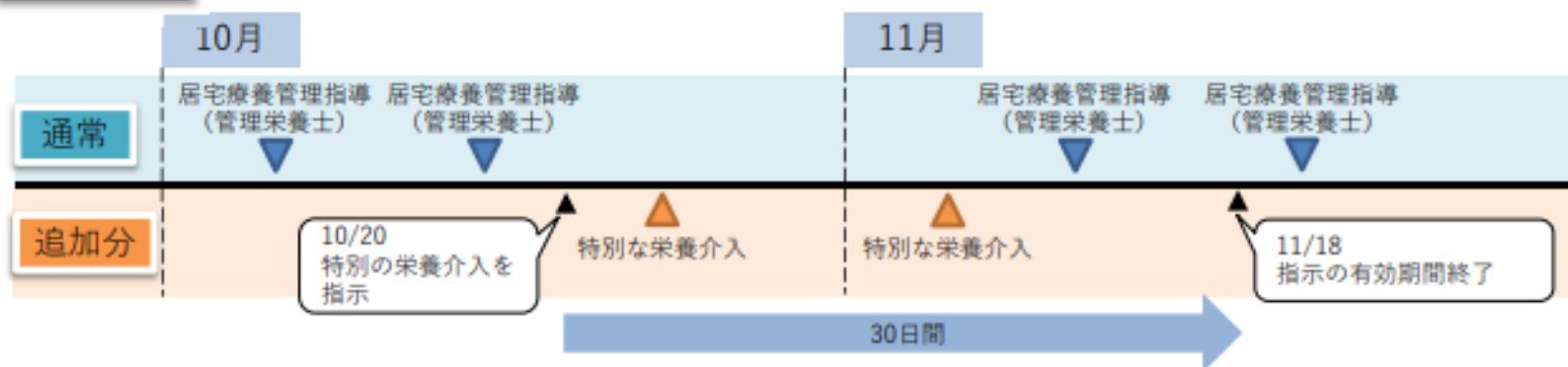
- 終末期等における、きめ細かな栄養管理等のニーズに応じる観点から、一時的に頻回な介入が必要と医師が判断した利用者について期間を設定したうえで追加訪問することを可能とする見直しを行う。【告示改正】

算定要件等

○算定要件（追加内容）

- ・ 計画的な医学的管理を行っている医師が、利用者の急性増悪等により一時的に頻回の栄養管理を行う必要がある旨の特別の指示を行う。
- ・ 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う。
- ・ 特別の指示に基づく管理栄養士による居宅療養管理指導は、その指示の日から30日間に限り、従来の居宅療養管理指導の限度回数（1月に2回）を超えて、2回を限度として行うことができる。

算定の例



社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回）	参考資料 1
令和6年1月22日	

令和6年度介護報酬改定における改定事項について

厚生労働省 老健局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

2. (2) ⑤ かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し②

算定要件等

かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ 140単位/回（一部変更）
 <入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合>



- ① 医師又は薬剤師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講すること。
- ② 入所後1月以内に、状況に応じて入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて主治の医師に説明し、合意していること。
- ③ 入所前に当該入所者に6種類以上の内服薬が処方されており、施設の医師と入所者の主治の医師が共同し、入所中に当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、かつ、療養上必要な指導を行うこと。
- ④ 入所中に当該入所者の処方の内容に変更があった場合は医師、薬剤師、看護師等の関係職種間で情報共有を行い、変更後の入所者の状態等について、多職種で確認を行うこと。
- ⑤ 入所時と退所時の処方の内容に変更がある場合は変更の経緯、変更後の入所者の状態等について、退所時又は退所後1月以内に当該入所者の主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載していること。



かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）ロ 70単位/回（新設）
 <施設において薬剤を評価・調整した場合>



- かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イの要件①、④、⑤に掲げる基準のいずれにも適合していること。
- 入所前に6種類以上の内服薬が処方されていた入所者について、施設において、入所中に服用薬剤の総合的な評価及び調整を行い、かつ、療養上必要な指導を行うこと。



かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ） 240単位/回
 <服薬情報をLIFEに提出>

- かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ又はロを算定していること。
- 当該入所者の服薬情報等の情報を厚生労働省に提出し、処方に当たって、当該情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。



かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ） 100単位/回
 <退所時に、入所時と比べて1種類以上減薬>

- かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）を算定していること。
- 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べて1種類以上減少していること。



※入所者1人につき1回を限度として、当該入所者の退所時に加算（全加算区分共通）