

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団  
2015年度（前期）一般公募「在宅医療研究への助成」完了報告書

在宅療養高齢者の栄養状態改善・維持に寄与する  
多職種連携の在り方に関する調査研究

申請者：大塚 理加  
所属機関：株式会社政策基礎研究所  
提出年月日：2016年8月31日



# はじめに

「病院から在宅へ」という流れは急速に進んでおり、在宅医療をどのように進めていくかという研究はますます重要となってまいりました。

国立長寿医療研究センターで実施した、平成 24 年度老人保健健康増進等事業「在宅療養高齢者の摂食状況・栄養状態の把握に関する調査研究」および平成 25 年度老人保健健康増進等事業「在宅療養患者の栄養状態改善方法に関する調査研究」では、我が国における在宅療養高齢者の 8 割が栄養状態に留意が必要な状態であるという実態が明らかにされました。また、これらの調査研究から、在宅療養高齢者への栄養介入には、多職種連携が不可欠であることが示されました。

本研究は、先行研究から明らかにされた多職種連携による栄養介入について、現場での具体的な取組みを明らかにしたいと考え、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成により実施することができました。

栄養状態の改善のための介入といっても、低栄養の原因は様々であり、一律の対応ではうまくいきません。必ずしも栄養指導のみで解決していくわけではなく、介護サービスの利用等、多くの試みがなされています。現場では、個人に合わせた多くの工夫がなされており、貴重な時間を割いてご協力いただいた調査票からも、栄養改善のために現場のスタッフが努力している姿が伝わってまいりましたが、報告書をまとめるにあたり、十分な表現ができなかったと力不足を痛感しております。今回の調査結果については、本報告書のみではなく、より学術的な分析を加えて、在宅医療での介入方法のエビデンスとなるよう今後も分析を進めたいと考えております。

現在、在宅療養高齢者の生活を支えていくためには、多職種連携は必要不可欠と考えられておりますが、その方法については、各自が手探りで実施しているのが現状です。今後は、どのような多職種連携がより高齢者の心身の健康を維持、向上させていくのかを考えていく必要があります。そのためには、学術的な手法でエビデンスを蓄積し、現場に還元していくことで、より質の高い在宅療養生活が実現すると考えております。

末筆になりましたが、ご多忙のなか、Web 調査および全国調査にご協力いただいた先生方に深く感謝いたします。本研究を実施するにあたり、一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会の先生方、特に太田秀樹先生、新田國夫先生には、本研究の趣旨にご賛同いただき、多くのご支援をいただきました。また、国立開発研究法人国立長寿医療研究センター三浦久幸先生、横浜市立大学齋藤京子先生にも本調査について多くのアドバイスをいただきました。駒沢女子大学田中弥生先生、在宅訪問管理栄養士の塩野崎淳子先生、米山久美子先生には訪問栄養の現状について学ばせていただきました。その他、多くの方のお力添えで本研究をすすめてまいりました。先生方のご厚意に深謝いたします。

また、本研究の進行について 1 年間温かく見守っていただいた公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の事務局の方々にも深く御礼申し上げます。

株式会社政策基礎研究所  
副主任研究員 大塚 理加

# 目次

---

1	研究要旨.....	1
2	研究の背景.....	1
3	研究目的.....	2
4	研究デザイン.....	2
5	方法（Web 調査）.....	3
6	方法（全国調査）.....	3
7	結果の概要（WE b 調査）.....	4
8	結果の概要（全国調査）.....	17
9	総括.....	54

# 在宅療養高齢者の栄養状態改善・維持に寄与する多職種連携の在り方に関する調査研究

## 1 研究要旨

---

本研究では、訪問診療を実施している医療機関において、実際に訪問診療に携わっている医療従事者を対象に、栄養状態改善が必要な在宅療養高齢者へ関与する職種と介入内容、多職種連携のための情報共有方法等、多職種連携状況の詳細を知るため、Web 調査および質問紙調査を行った。その結果、低栄養での栄養介入は、外来 64.3%、訪問 74.8%の実施であった。しかし、管理栄養士が介入する職種としてあげていた施設は、外来、訪問とも3割弱であった。連携共有方法では、電話、ファクス、メール以外にも、SNS 等の IT ネットワークの利用もなされていた。低栄養の高齢者像では、外来では慢性疾患に関する単語が多く、訪問ではターミナルや虐待に関する単語が多く挙げられた。また、外来、訪問ともに経済的困難が挙げられており、栄養介入には、高齢者の生活環境への配慮も重要であることが示唆された。

## 2 研究の背景

---

内閣府が発表した平成 26 年版高齢社会白書によると、平成 25 年の 65 歳以上の高齢者人口は過去最高の 3190 万人となり、高齢化率も 25.1%と過去最高となった。この超高齢社会を迎え、国の医療施策として在宅医療が推進され、そのため在宅療養高齢者は年々増加してきている。

しかし、平成 24 年度老人保健健康増進等事業「在宅療養患者の摂食状況・栄養状態の把握に関する調査研究」では、MNA-SF (Mini Nutritional Assessment-Short Form) による評価で、「低栄養」と「低栄養のおそれあり」を合わせた栄養状態に問題のある高齢者が約 8 割であることが報告された。

また、平成 25 年度老人保健健康増進等事業「在宅療養患者の栄養状態改善方法に関する調査研究」では、低栄養状態、BMI 低下、食事環境、口腔嚥下機能の低下が 1 年後の死亡リスクであり、摂食状況改善を目標とした多職種による介入を行うと、BMI や MNA-SF の改善がみられ、主観的幸福感(Well-being 尺度)の向上が認められたと報告された。このことから、栄養状態を改善することは、在宅療養高齢者の生活の質 (quality of life : QOL) を維持するために重要であると考えられる。

さらに、同平成 25 年度調査からは、栄養状態の改善のアプローチ方法には、3 食食べる等の生活のリズムを整えること、運動量を増やすこと、排便コントロールをすること等様々な方法が挙げられており、これらのアプローチには多職種による関与が必要であることが示された。多職種が関わることは、在宅療養高齢者の専門的な評価を促し、多面的な視点からの介入が検討される一方で、職種が増えるほど在宅療養高齢者本人や家族にとって負担になることもありうることも指摘された。

平成 24、25 年度調査を通して、栄養士が多職種チームに加わることの有効性や、リハビリテーションや訪問歯科診療が栄養状態の改善に寄与していることが明らかにされた。しかし、在宅療養高齢者の栄養状態改善において、実際にどのような多職種チームがどのような介入を行うと効率的な介入となるか、また効果的な栄養状態改善方法は何かについてはほとんど明らかになっていない。こういった栄養状態改善への介入方法についてのエビデンスは、今後蓄積するべき重要な課題であると考えられる。しかし、現場で捉えている介入対象者像や、実施されている介入方法についての現状すら把握されていない。

### 3 研究目的

---

本研究では、訪問診療を実施している医療機関において、実際に訪問診療に携わっている医療従事者を対象に、栄養状態改善が必要な在宅療養高齢者へどのような職種が関与し、どのような介入が行われているのか、多職種連携のための情報共有方法は何か等、栄養改善への介入方法や多職種連携状況の詳細を知るため、Web 調査を行った。また、訪問診療を実施している全国の医療機関を対象に栄養状態改善が必要な在宅療養高齢者へ、どのような介入を行っているのか等についてアンケート調査を行った。研究を進めるに当たり、当研究分野に詳しい医師や看護師、介護サービス担当者等との意見交換をしながら進めた。

以上の調査研究を行うことで、より効果的な多職種連携による効果的な栄養状態改善方法を模索し、提案することを目的とした。

### 4 研究デザイン

---

在宅療養に関わる医療機関を対象として、在宅療養高齢者への栄養状態の維持・改善への対応について明らかにするために、本研究では Web 調査と全国調査を実施し、検討した。

Web 調査は、関係者へのヒアリングに基づき、一般財団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会に所属している医療機関 31 か所を対象とした。その結果から、さらに解答しやすいように設問を作成し、全国の在宅療養に関わる医療機関への郵送による質問紙調査を実施した。

## 5 方法（WEB 調査）

---

### (1) 調査対象

一般財団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会のメーリングリストでの呼びかけから、協力を申し出ていただいた医療機関 34 か所を対象とした。回答いただいたのは 18 か所（調査実施率 58.1%）であった。

### (2) 調査方法

調査期間は、2015 年 11 月 30 日から 12 月 18 日であった。Web 上にアンケートフォームを作成し、協力を申し出てくださった調査対象者には、メールで回答依頼とともに、アドレスを送付した。

### (3) 調査項目

調査項目は、回答者職種、訪問診療の実施状況、訪問歯科の実施状況、訪問での医療系の介護サービスの実施状況、低栄養での介入の実施状況、在宅看取り人数等とした。

## 6 方法（全国調査）

---

### (1) 調査対象

全国の厚生局に以下の施設基準の届出があった医療機関 4721 か所（2015 年 10 月 1 日時点）のうち、ランダムサンプリングした 2500 か所を対象とした。

厚生局に届出があった在宅療養支援医療機関（2015 年 10 月 1 日時点）

	施設数	パーセント
在宅療養支援診療所 1	183	3.9
在宅療養支援診療所 2	2647	56.1
在宅療養実績加算(診療所)	1410	29.9
在宅療養支援病院 1	143	3.0
在宅療養支援病院 2	312	6.6
在宅療養実績加算(病院)	26	0.5
合計	4721	100.0

今回の調査対象とした医療機関

	施設数	パーセント
在宅療養支援診療所 1	80	3.2
在宅療養支援診療所 2	1392	55.7
在宅療養実績加算(診療所)	763	30.5
在宅療養支援病院 1	80	3.2
在宅療養支援病院 2	173	6.9
在宅療養実績加算(病院)	12	0.5
合計	2500	100.0

(2) 調査方法

質問紙調査は、郵送調査（配布、回収）で行った。調査票は、自記式を用いた。本調査は2016年2月10～29日に実施し、回収数は286か所（回収率11.4%）であった。

(3) 調査項目

回答者職種、医療機関概要（施設基準、入院の可否等）、訪問診療実施状況、訪問歯科実施状況、訪問での医療系サービス実施状況、外来での低栄養への介入について、訪問での低栄養への介入について、研修の要望、低栄養での栄養介入への理解促進の工夫、介入時に連携するサービス、独居や高齢者のみ世帯への介入時の工夫等とした。

## 7 結果の概要（WEB 調査）

(1) 外来／通所で低栄養への介入・予防を必要とする高齢者像について

世帯構成、介護力、認知症、摂食、運動機能、体重減少、経済状況、口腔についての単語が挙げられた。

① 世帯構成

「独居」や「高齢者家族」といった世帯構成について、低栄養の高齢者との関連が考察された。

② 介護力

「介護者高齢」「介護不足」「家族の介入が弱い」といった介護力の不足している状況を示す言葉が挙げられた。

③ 認知症

「認知症」は約3分の1の回答で指摘された。



#### ④ 摂食

摂食については「嚥下障害」への指摘が多くなされており、「偏食」や「粗食」といった栄養不足になる可能性がある摂食状況が示された。また、「孤食」の指摘もあり、摂食環境も低栄養の要因と考えられていた。

#### ⑤ 運動機能

「フレイル」「活動低下」「ロコモティブシンドローム」「サルコペニア」といった運動機能への低栄養の影響が指摘された。また、「衰弱」「要介護」「廃用症候群」「寝たきり」といった機能低下の結果も示された。

#### ⑥ 体重減少

「やせ」「体重減少」といった見た目からの低栄養への関連が指摘された。

#### ⑦ 経済状況

「生活保護」「経済困窮」といった経済状況の悪い高齢者と低栄養の関連が指摘された。

#### ⑧ 口腔

「口腔衛生の低下」「義歯」「オーラルフレイル」といった口腔内の環境の悪化と低栄養の関連が指摘された。

### (2) 訪問で低栄養への介入・予防を必要とする高齢者像について

介護環境、摂食、運動機能、経済状況、口腔、情報・連携についての単語が挙げられた。外来／通所に比べて、総じて単語数が多かった。

#### ① 介護環境

外来／通所での「独居」に加え、「老老介護」「認認介護」といった介護環境が指摘されていた。

#### ② 摂食

「嚥下障害」「嚥下困難」といった嚥下機能の低下や「咀嚼力の不足」が指摘されていた。また、「摂取量の不足」等の食事量への指摘、「孤食」といった摂食環境についての単語も挙げられた。外来／通所と比較して、多岐にわたる指摘があり、訪問での介入では、摂食状況についての把握がよりなされている可能性があると考えられた。

#### ③ 運動機能

外来／通所と同様に、「フレイル」「活動低下」「ロコモティブシンドローム」「サルコペニア」といった運動機能への低栄養の影響が指摘された。また、「衰弱」「要介護」「廃用症候群」「寝たきり」といった機能低下の結果も示された。

④ 経済状況

「生活保護」「貧困」といった経済状況が困窮している状況が指摘された。外来／通所より多くの指摘がなされていた。

⑤ 口腔

「義歯」についての指摘が多くされていた。訪問診療では、外来での歯科受診も困難であると考えられ、義歯の不具合についても、低栄養を把握するうえで留意されていると考えられた。

⑥ 情報・連携

「栄養補強のための情報不足」「知識がない」といった情報量の不足や、「連携方法がわからない」といった連携の必要性への指摘がなされていた。

(3) フレイルにより栄養状態への介入が必要との判断について

体重減少、機能低下、アセスメント、摂食状況に関する単語が挙げられた。

① 体重減少

「体重減少」「BMI」等が挙げられており、体重や BMI が栄養状態への介入の判断に用いられていることが指摘された。

② 機能低下

「歩行困難」「転倒」「意欲の低下」「社会活動の低下」等

③ アセスメント

「アルブミン」や「MNA」「血液検査」でのアセスメントも判断の材料となっていることが示された。

④ 摂食状況

「摂食量」や「食事の内容」、「食環境（買い物など）」への言及があり、摂食状況について、幅広く捉えていることが示唆された。

(4) 訪問でのフレイルへの栄養状態での対応について

関わる職種としては、管理栄養士が最も多く挙げられており、次いで看護師、ケアマネジャーであった。

対応への内容は、「訪問栄養指導」「補助食品」の利用、多職種や家族との「情報共有」、「リハビリ」等が挙げられた。

介入がうまくいった事例では、「補助食品の利用」「訪問栄養指導」「歯科介入」等が挙げられた。

(5) 訪問でのフレイルへの栄養状態での対応で困難なこと

低栄養やフレイルの知識不足が挙げられた。本人や家族だけではなく、訪問栄養士、ケアマネ、医療者、介護職といった専門職の知識や理解の不足も指摘された。その他、家族構成や介護力不足、経済的問題も指摘された。

(6) 訪問でフレイルでの栄養状態への介入（うまくいった事例）

訪問栄養指導や補助食品の利用，歯科の介入，配食サービス導入といった食事や摂食機能への対応とともに、家族の関係改善やケアマネ主導による多職種連携、目標設定といった介護環境の改善への取り組みも挙げられた。

(7) 訪問でフレイルでの栄養状態への介入（うまくいかなかった事例）

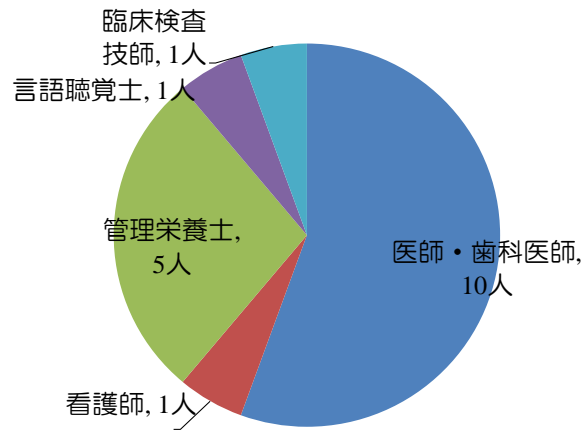
うまくいかなかった事例では、独居や老老世帯といった家族構成やそれに伴う介護力の不足が指摘されていた。また、終末期での介入も挙げられた。

各調査項目の結果については、以下の通りであった。

## 回答者背景

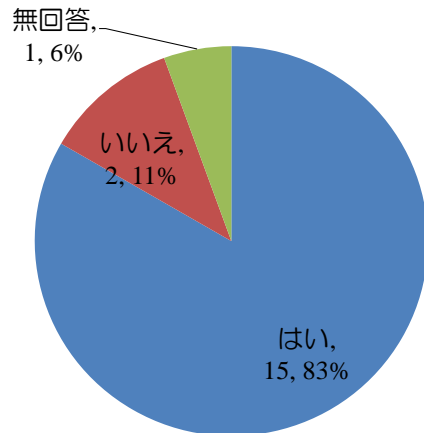
• 回答数 18/34名 • • • • 回答率52.9%

回答者職種内訳



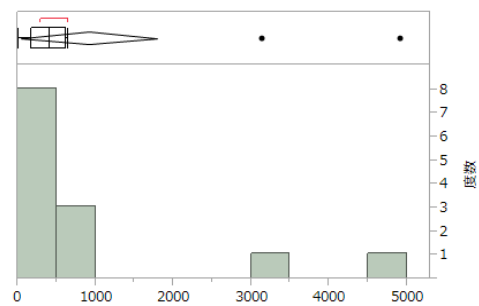
## 訪問診療について

貴クリニック(病院)/事業所では  
訪問診療をしていますか？



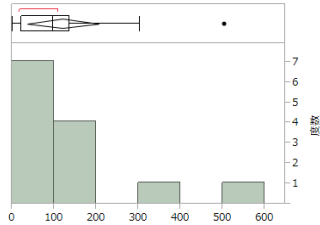
1年間の訪問患者数 N=13

平均値	913.5人
中央値	400.1人
最大値	4911人
最小値	15人



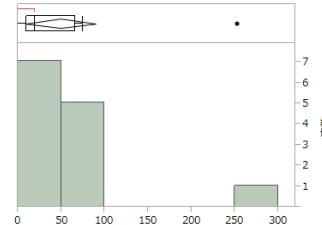
## 看取りについて

1年間の死亡患者数(N=13)



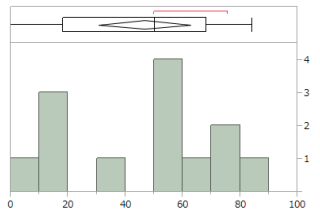
最大値	504人
中央値	99人
最小値	3人
平均	121.6人

1年間の自宅での死亡患者数(N=13)



最大値	253人
中央値	20人
最小値	0人
平均	49.8人

自宅看取り率※(N=13)

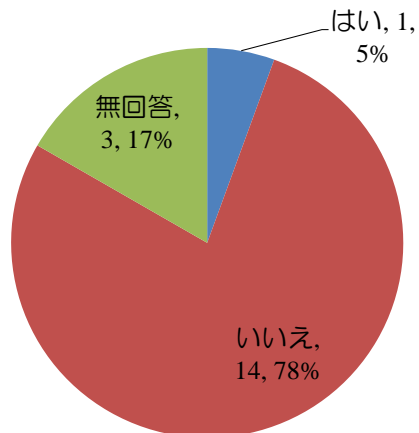


最大値	84.2%
中央値	50.2%
最小値	0%
平均	46.7%

※自宅看取り率  
1年間の自宅での死亡患者数/1年間の死亡患者数

## 訪問歯科について

貴クリニック(病院)/事業所では  
訪問歯科をしていますか？

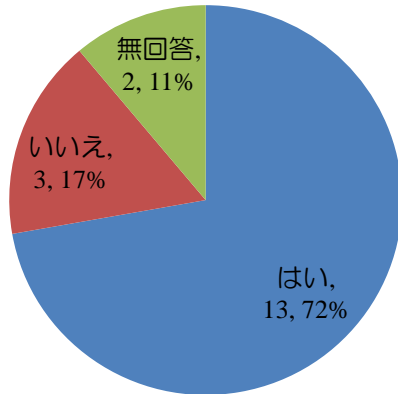


1か月の訪問患者数 N=2

最大値	800人
最小値	315人

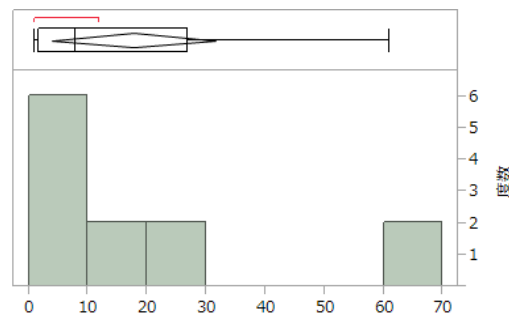
## 訪問栄養指導について

貴クリニック(病院)/事業所では訪問  
栄養指導を実施していますか？



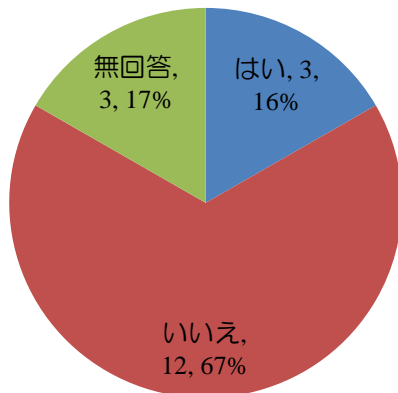
1か月の訪問栄養指導患者数 N=12

平均値	17.7人
中央値	8人
最大値	61人
最小値	1人



## 訪問看護について

貴クリニック(病院)/事業所では  
訪問看護を実施していますか？

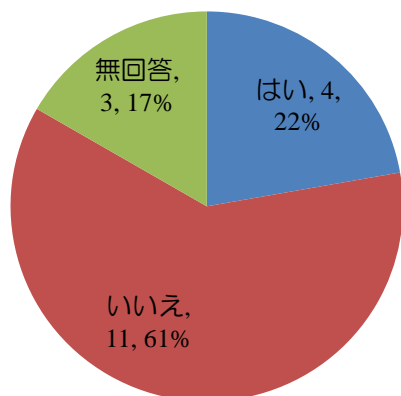


1か月の訪問看護数 N=3

最大値	90人
無回答	2

## 訪問リハビリテーションについて

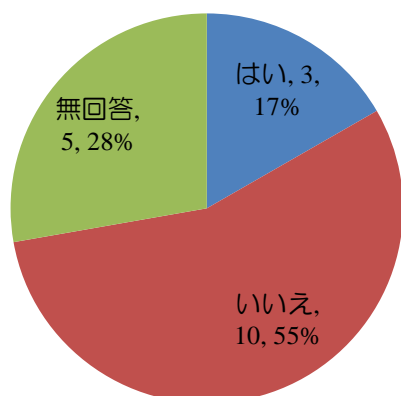
貴クリニック(病院)/事業所では訪問リハビリテーションを実施していますか？



1か月の訪問患者数 N=3	
最大値	174人
最小値	19人

## その他の訪問サービスについて

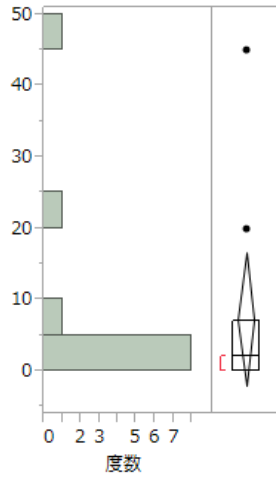
貴クリニック(病院)/事業所ではその他の訪問サービスを実施していますか？



その他の訪問サービス内容と1か月の訪問人数 N=3	
音楽療法	25人
物品お届け	無回答
訪問栄養指導	10人

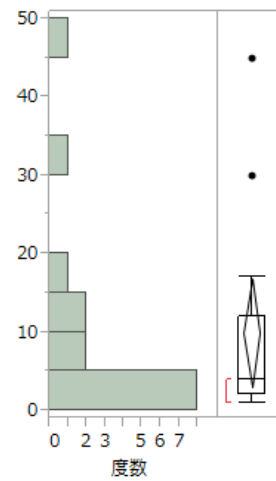
# 低栄養者への介入人数

1月あたりの介入人数(外来/通所)  
N=11



最大値	45人	最小値	0人
-----	-----	-----	----

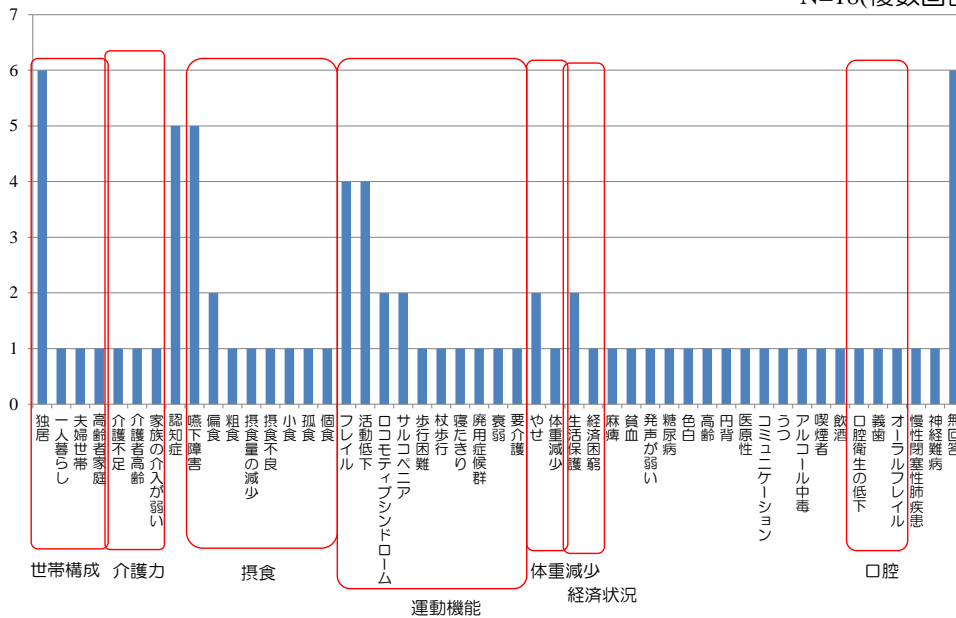
1月あたりの介入人数(訪問)  
N=15



最大値	45人	最小値	1人
-----	-----	-----	----

外来通所で、低栄養への介入・予防を必要とする高齢者像について、できる限り思いつく単語を列挙してください。

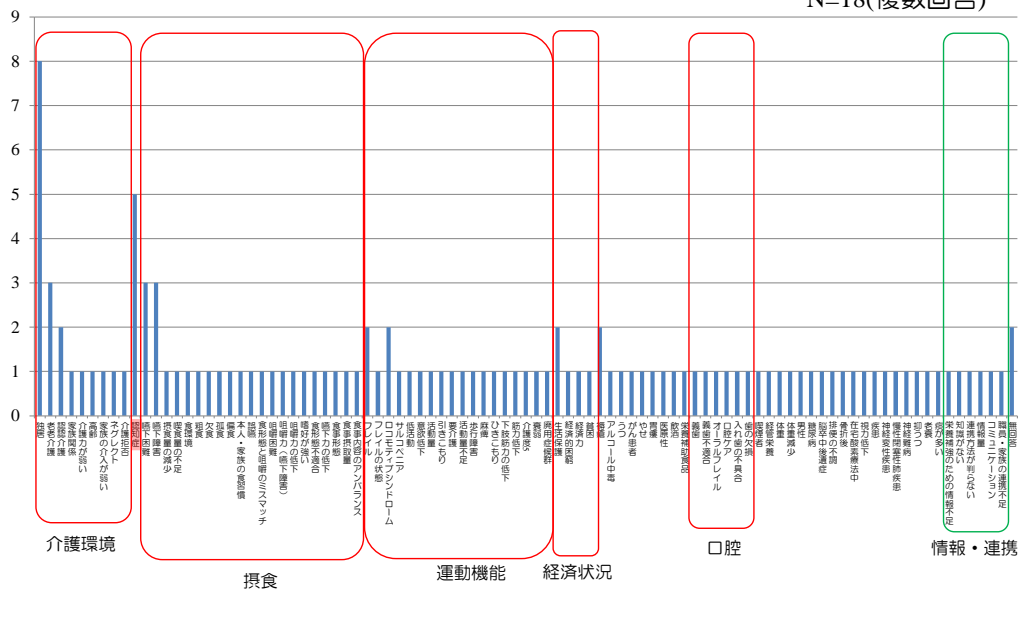
N=18(複数回答)





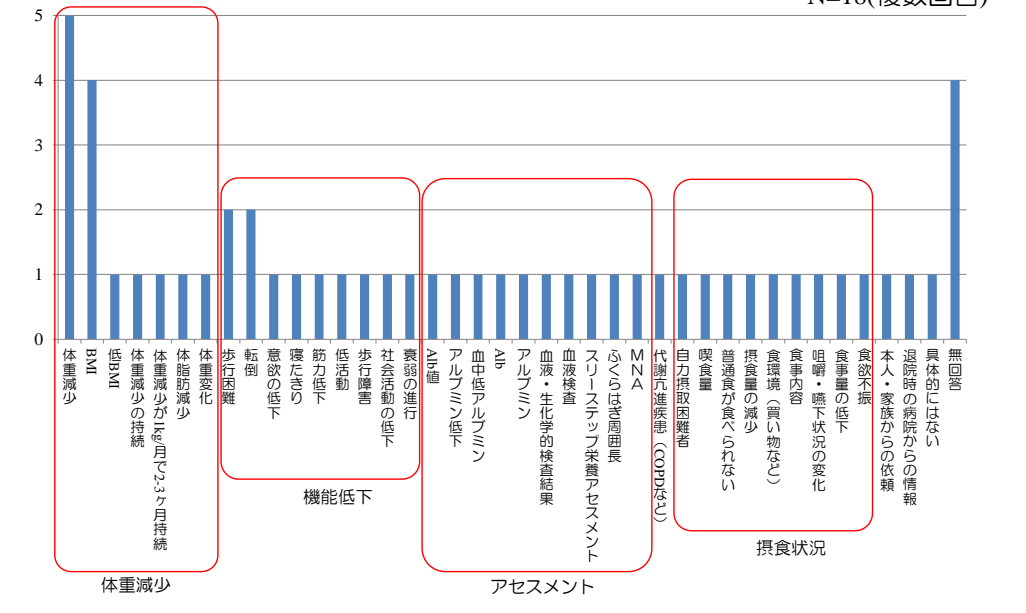
訪問で、低栄養への介入・予防を必要とする高齢者像について、  
できる限り思いつく単語を列挙してください。

N=18(複数回答)



フレイルにより栄養状態への介入が必要との判断はどのように  
にしますか。判断基準等があれば具体的にお書きください。

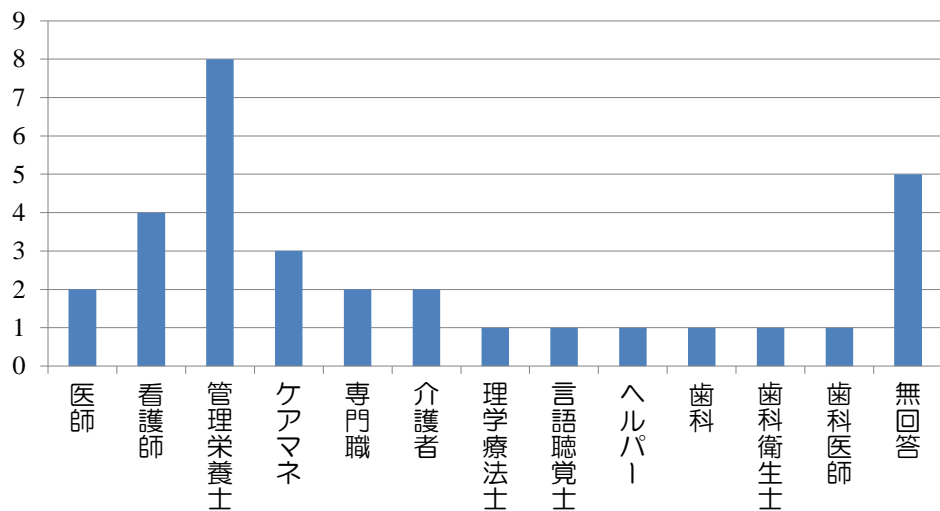
N=18(複数回答)



訪問でフレイルへの栄養状態へは、どのように対応していますか。対応にかかわる専門職や対応への留意点等具体的にお書きください。

対応にかかわる職種

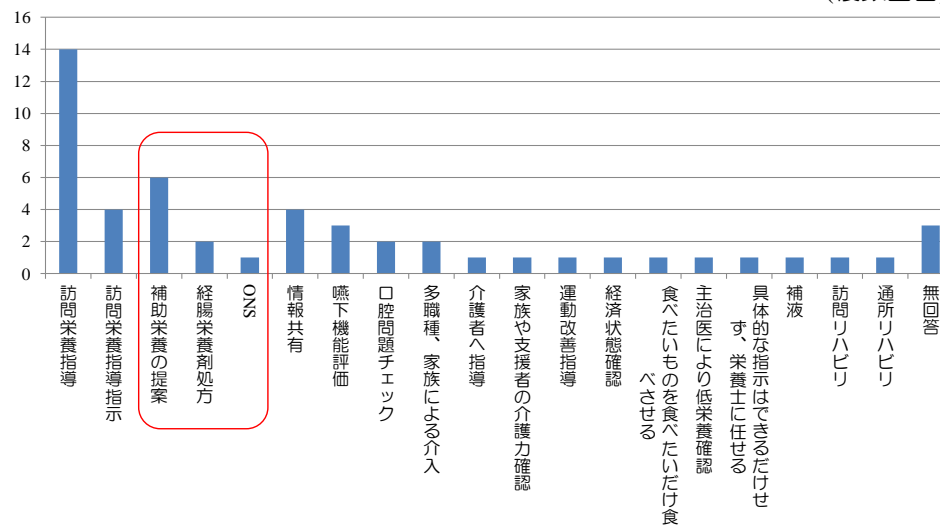
N=18(複数回答)



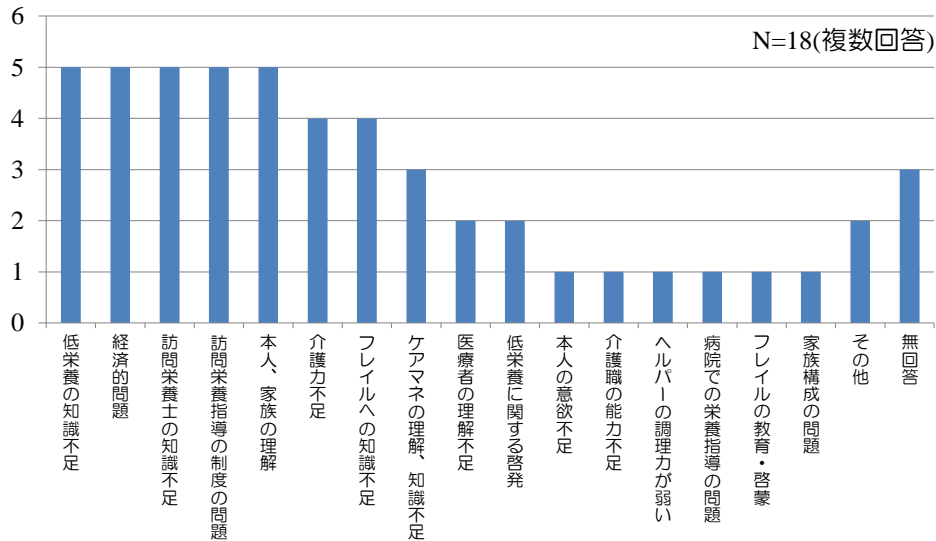
訪問でフレイルへの栄養状態へは、どのように対応していますか。対応にかかわる専門職や対応への留意点等具体的にお書きください。

対応・留意点

N=18(複数回答)

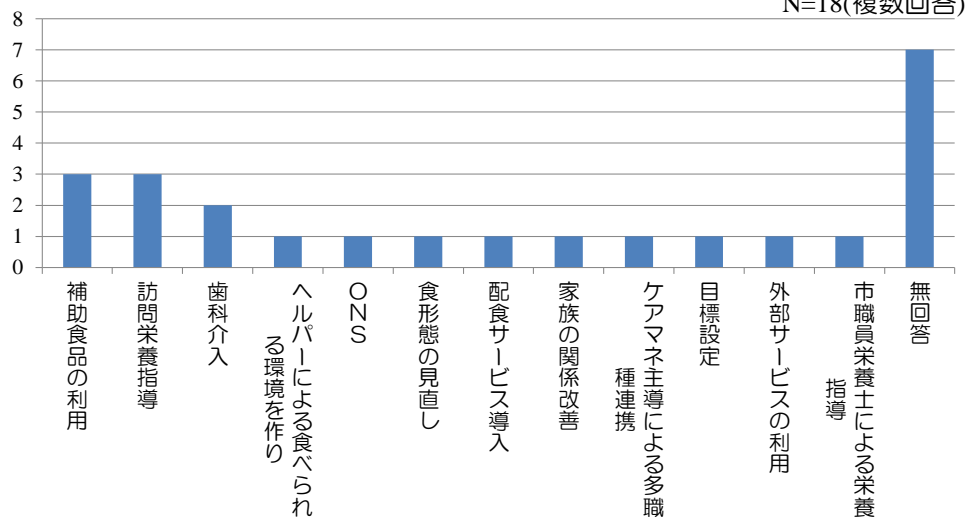


訪問でフレイルへの栄養状態への介入を実施するために困難なことは何ですか。介入できない場合は、何があれば可能になったと思いますか。体制や人材、どのような方の理解が必要か等、具体的にお教えてください。



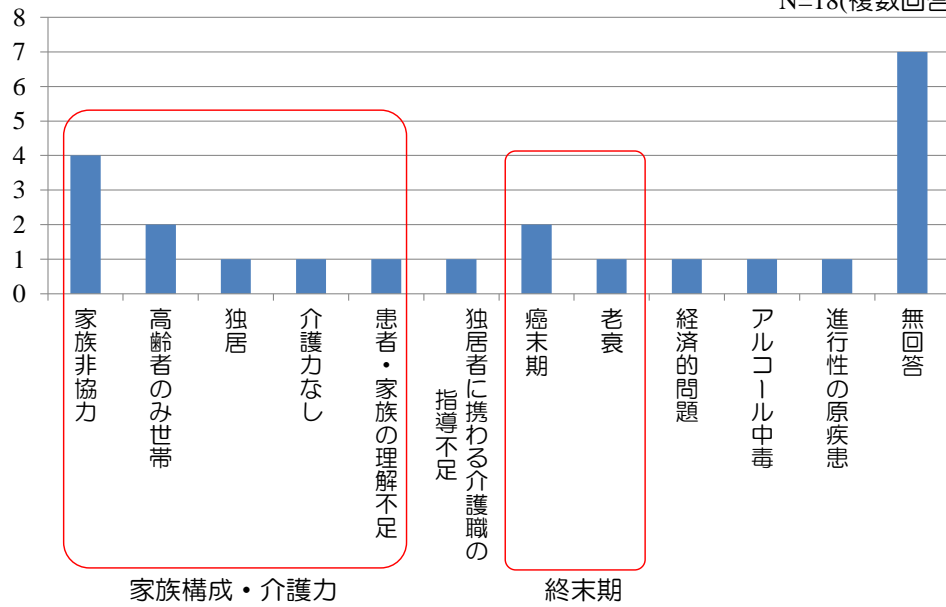
訪問でフレイルへの栄養状態への介入を実施して、うまくいった事例について、その概要を教えてください。

フレイルへの介入内容



訪問でフレイルへの栄養状態への介入を実施して、うまくいかなかった事例について、その概要を教えてください。

N=18(複数回答)

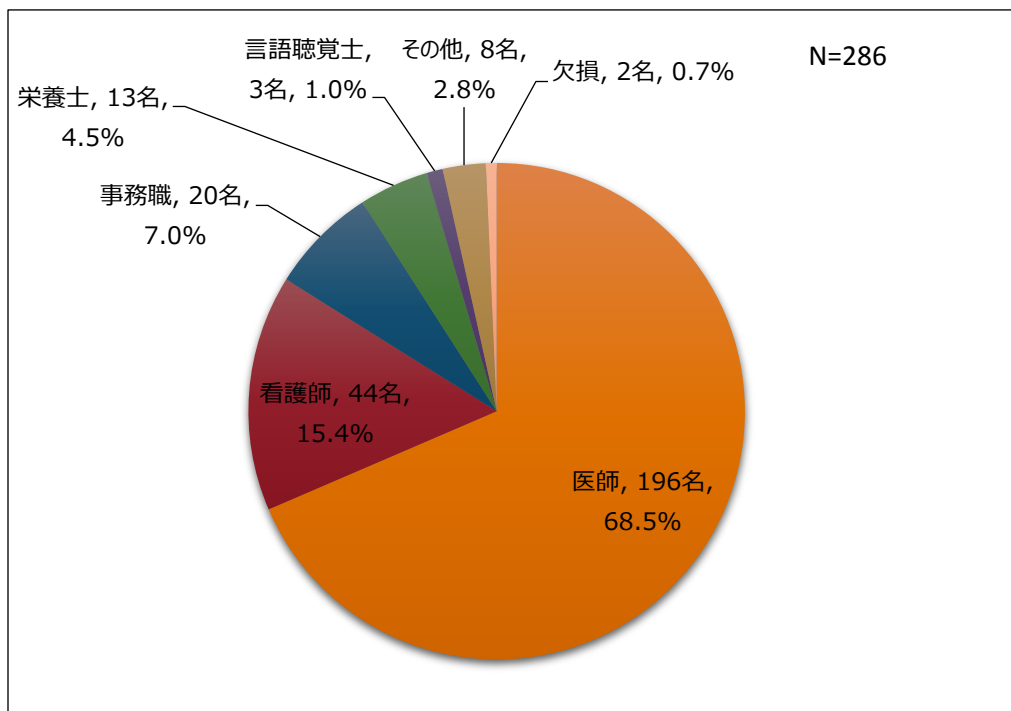


## 8 結果の概要（全国調査）

### (1) 回答者の職種

回答者の職種は、医師が最も多く約 7 割であった。

図表. 回答者職種

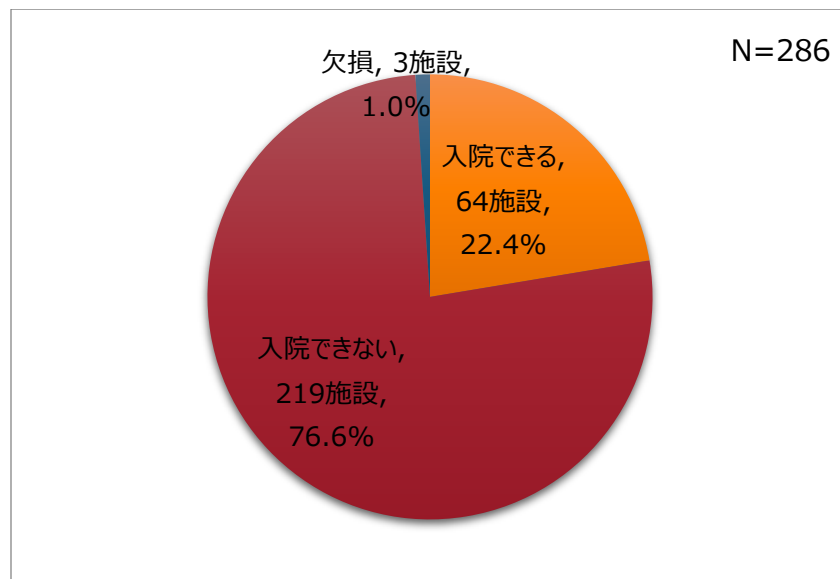


その他の内訳	
MSW	2名
クリニックマネージャー	1名
医療連携室	1名
管理栄養士	2名
社会福祉士	1名
薬剤師	1名

(2) 入院設備の有無と病床数

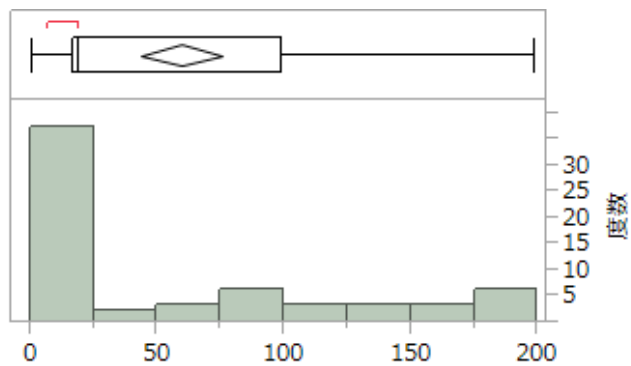
入院設備があると回答した施設は、64 施設であった。

図. 入院設備の有無



病床数の平均は 59.3 床であったが、19 床以下の診療所が半数以上を占めていた。

図表. 病床数



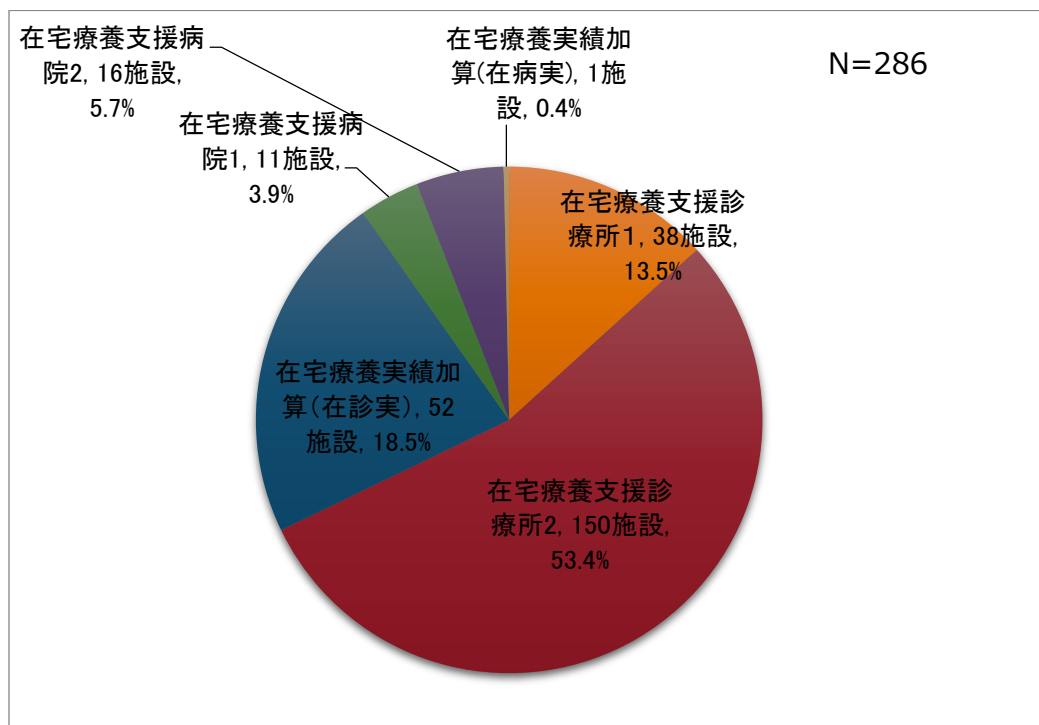
平均値	59.3
中央値	19
最大値	199
最小値	1

(3) 在宅診療に関する施設基準

回答のあった 286 施設の施設基準の内訳は下図のとおりである。2015 年 10 月 1 日時点での厚生局届出情報に比べ、在宅療養支援診療所 1 届出施設が多く (3.9%→13.5%)、在宅療

養実績加算届出施設が少なかった（29.9%→18.5%）が、その他の基準の施設の分布は概ね近似していた。

図. 施設基準



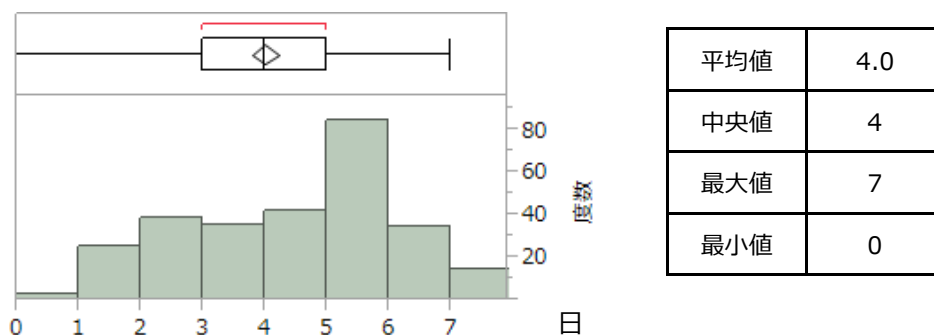
(4) 訪問診療の実施

「訪問診療を実施していますか」の設問が未記入等の回答でも、訪問診療の日数や時間、訪問患者数の記があった場合に「訪問診療を実施している」としたところ、ご回答いただいた 286 施設のすべてが訪問診療を実施しているとみなされた。

(5) 訪問診療実施日数／1 週間 N=267

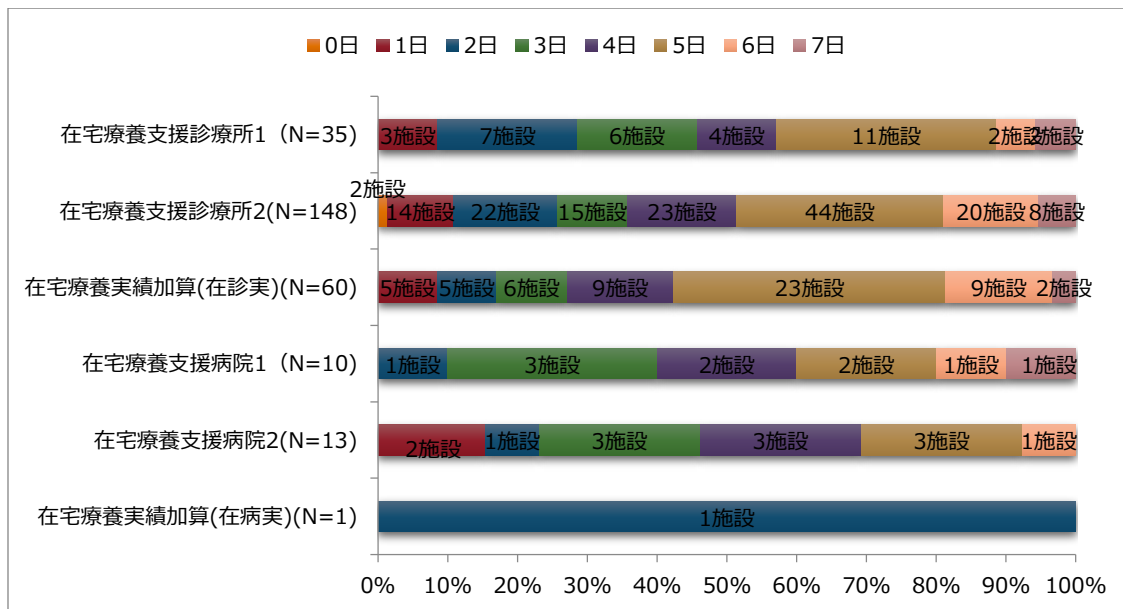
訪問診療実施日数は、週 5 日が最も多かった。

図表. 訪問診療実施日数



施設基準別の訪問診療実施日数は下記の通りであった。回答が 1 施設であった在病実以外は、いずれの施設基準でも週 3～5 日の実施との回答が半数以上であった。

図. 施設基準別訪問診療実施日数

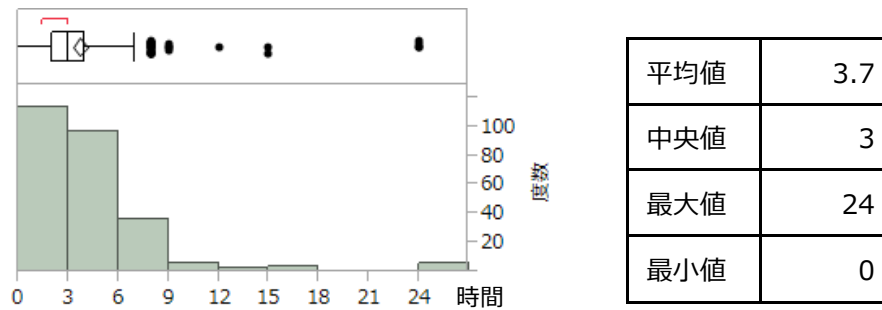


(6) 1 日の訪問診療時間 N=253

1 日の訪問診療時間は、3 時間を中心とした分布となっていた。

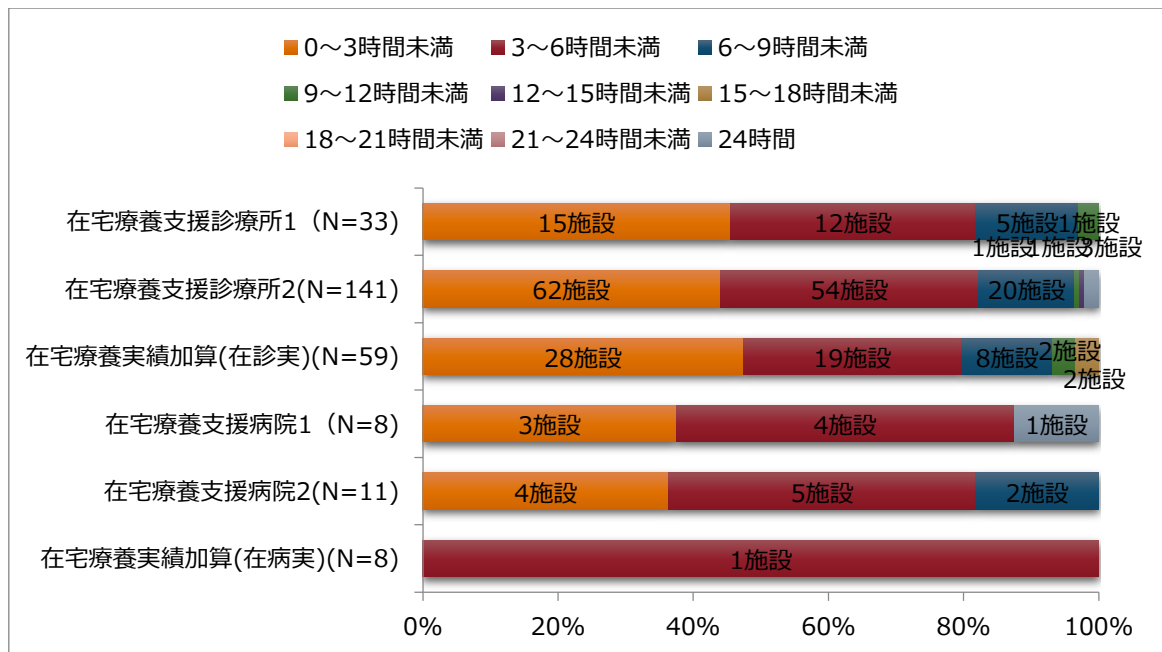


図表. 1日の訪問診療時間



施設基準別 1日の訪問診療時間では、在病実を除くいずれの施設基準においても、6時間までと回答した施設が約 8割を占めた。前述の訪問診療の実施日数と併せ、今回回答のあった施設の多くは週3~5日、外来診療に加えて6時間未満の訪問診療を実施していると考えられた。

図. 施設基準別 1日の訪問診療時間

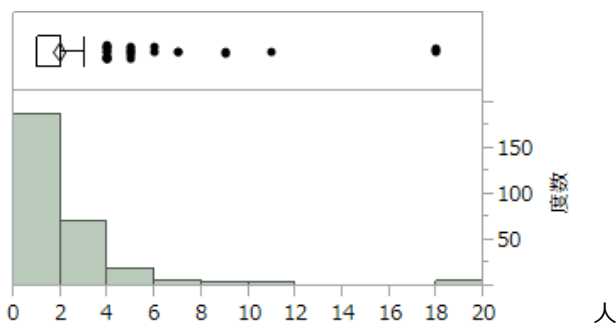


訪問診療日数は週に5日との回答が多く、訪問診療時間は1日平均3.7時間との結果より、多くの施設では、訪問診療のみを行っているのではなく、外来診療を行いながら、訪問診療も行っていることが分かった。

(7) 訪問診療に従事している医師（常勤医）の人数 N=280

訪問診療に従事している医師（常勤医）は、1 人が 64.0%と最も多かった。全体の分布は以下の通りであった。

図表. 訪問診療に従事している医師（常勤医）の人数

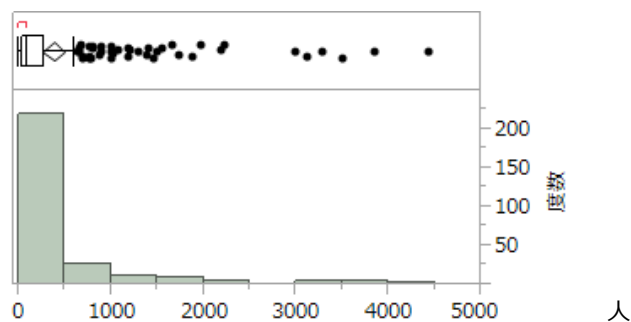


平均値	5.2
中央値	1
最大値	935
最小値	1

(8) 1 年間の訪問患者数 N=264

1 年間の訪問患者数は、100 人以下との回答が約半数(50.8%)、500 人未満が約 8 割(82.2%)であった。

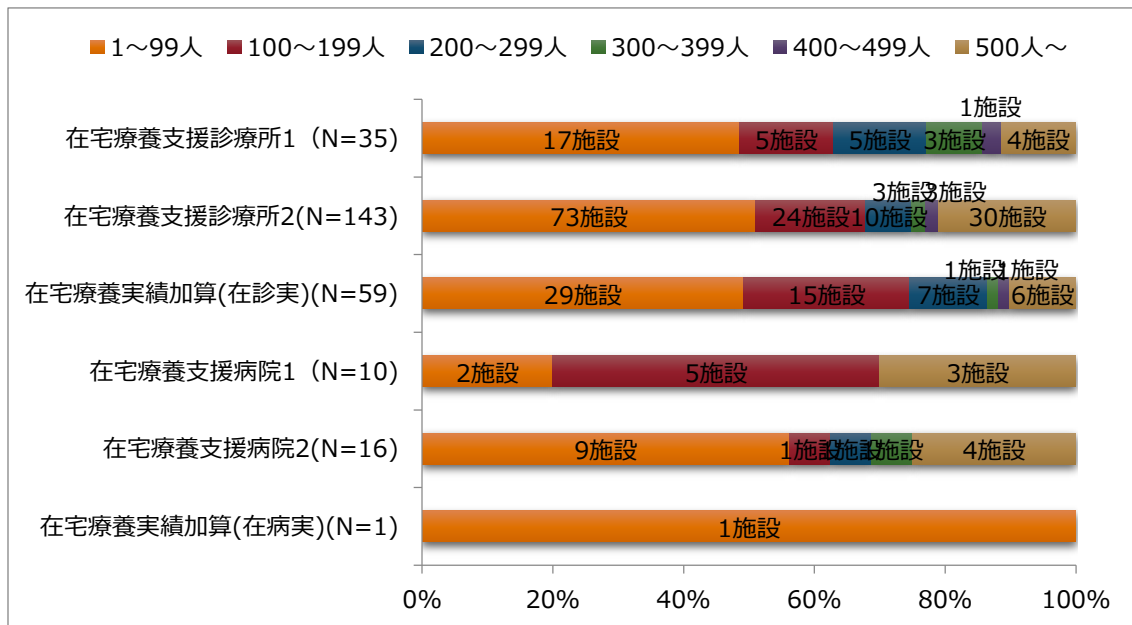
図表. 1 年間の訪問患者数



平均値	375
中央値	100
最大値	11779
最小値	1

施設基準別を施設基準別にみると、診療所では施設基準間に顕著な差は見られず、いずれの基準でも 100 人未満の回答が約半数を占めた。一方病院では、在宅療養支援病院 1 では他の病院施設基準に比べ、100 人以上の回答施設数が多かった。

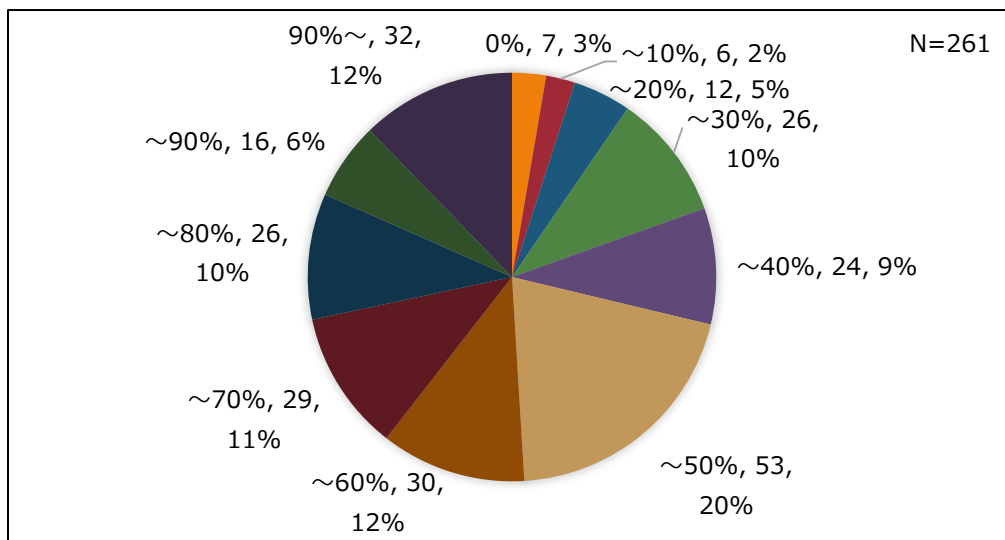
図. 施設基準別 1 年間の訪問患者数



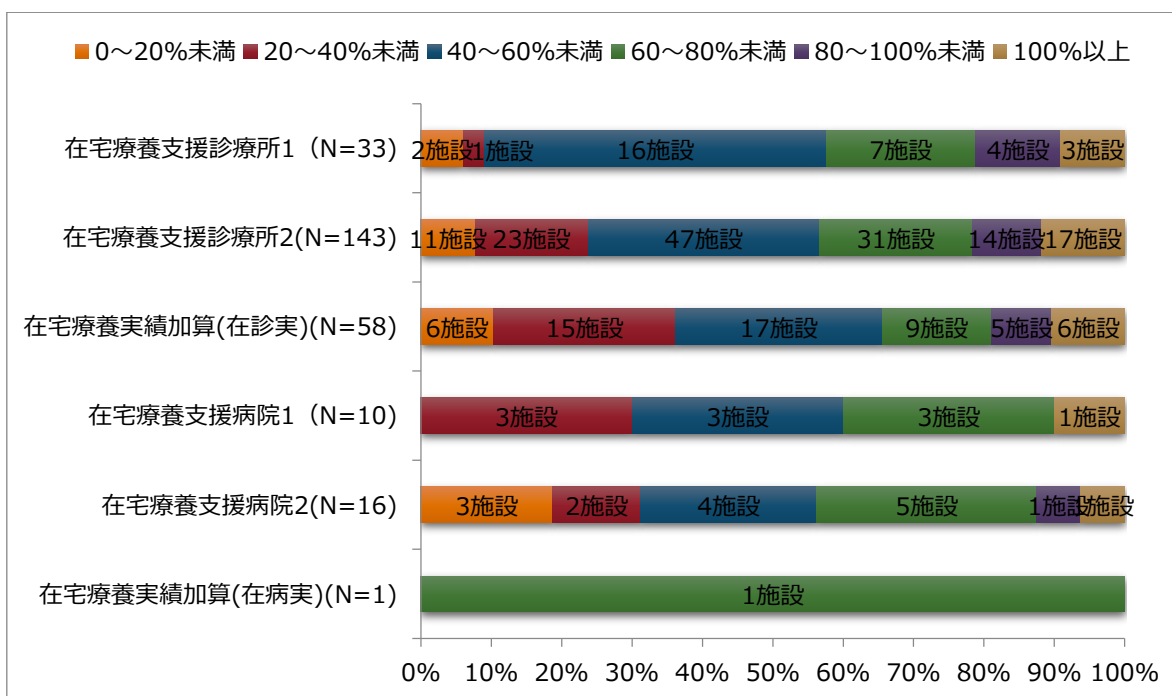
(9) 在宅看取り率

在宅看取り率は、～20%であり、半数以上の施設が 50%を超える在宅看取り率であった。施設基準別にみると、診療所では在診実、在宅療養支援診療所 2、同 1 の順に、在宅看取り率 40%未満の施設が少なくなっていた。

図. 在宅看取り率



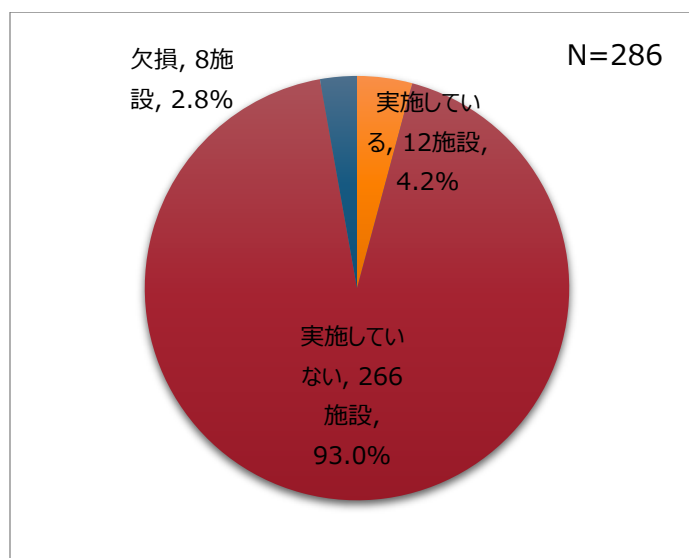
図表. 施設基準別在宅看取り率



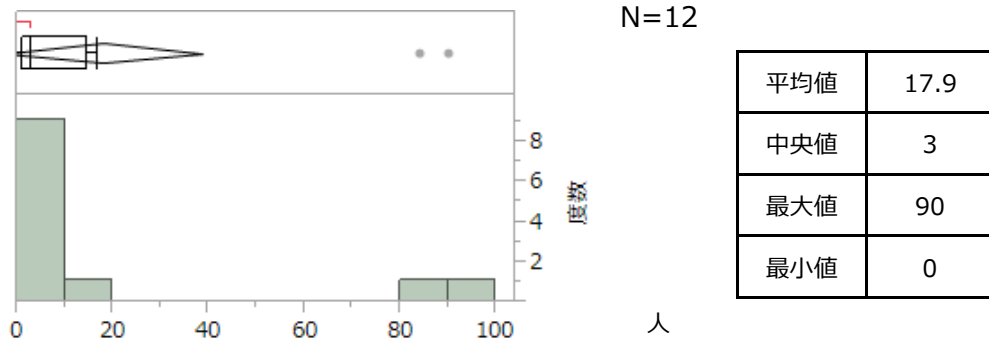
(10) 訪問歯科診療実施状況

訪問歯科診療の実施有無、および実施している場合の1ヶ月間の実施患者数の分布を下図表に示す。訪問歯科診療を実施している施設は、4.2%に留まった。

図. 訪問歯科診療の実施



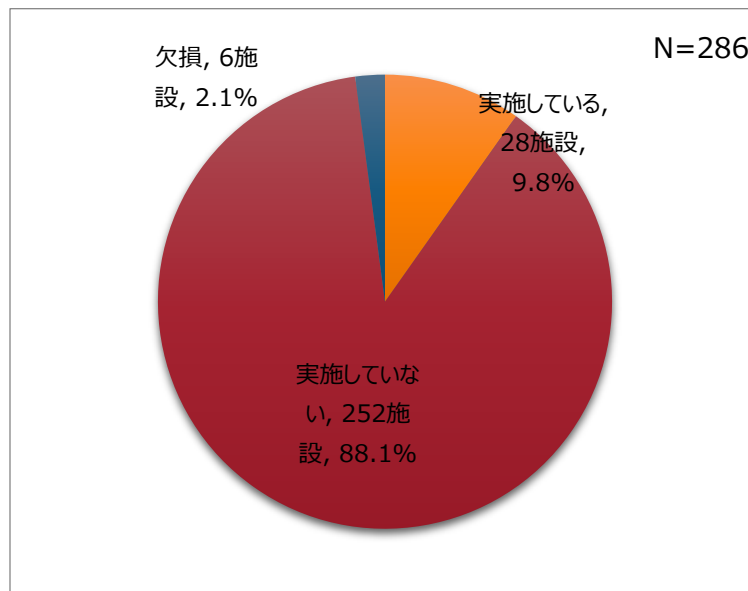
図表. 訪問歯科診療実施患者数



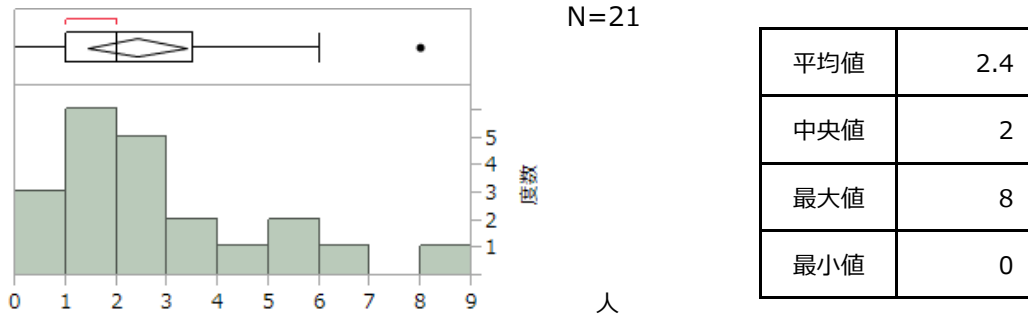
(11) 訪問栄養指導実施状況

訪問栄養指導の実施有無、および実施している場合の1ヶ月間の実施患者数の分布を下図表に示す。訪問栄養指導を実施しているのは、9.8%の施設であり。いずれの施設も1ヶ月間の実施患者数は8人未満であった。

図. 訪問栄養指導の実施



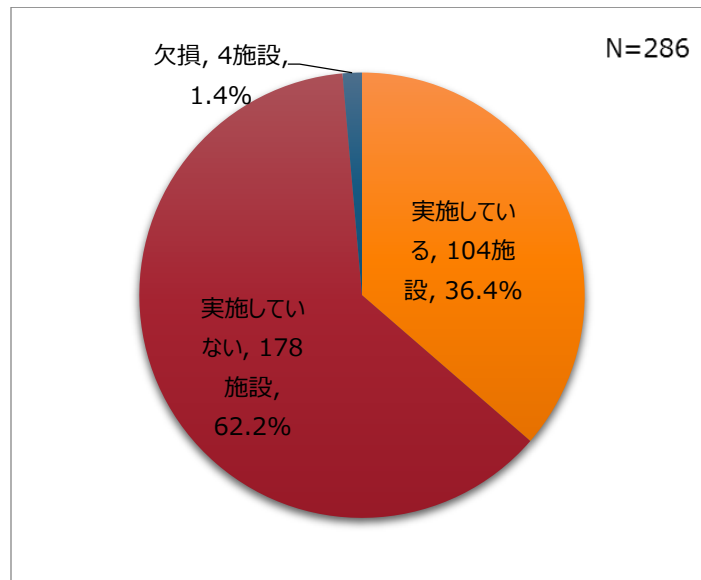
図表. 1ヶ月の訪問栄養指導実施患者数



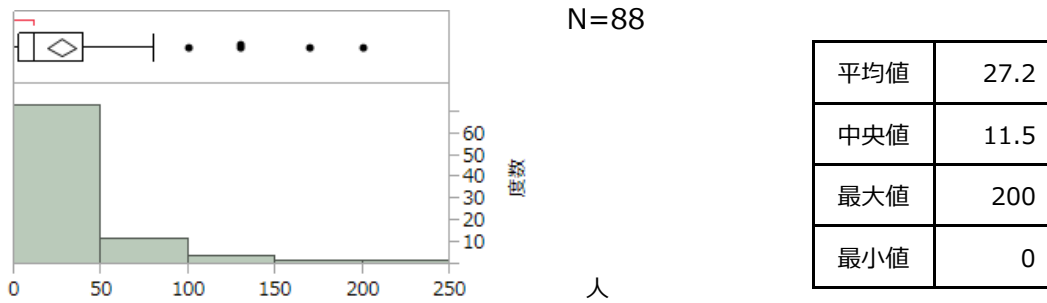
(12) 訪問看護実施状況

訪問看護を実施しているのは、36.4%の施設であった。また、訪問看護を実施している施設では、1ヶ月間の実施患者数50人以下が約8割であった。

図. 訪問看護の実施



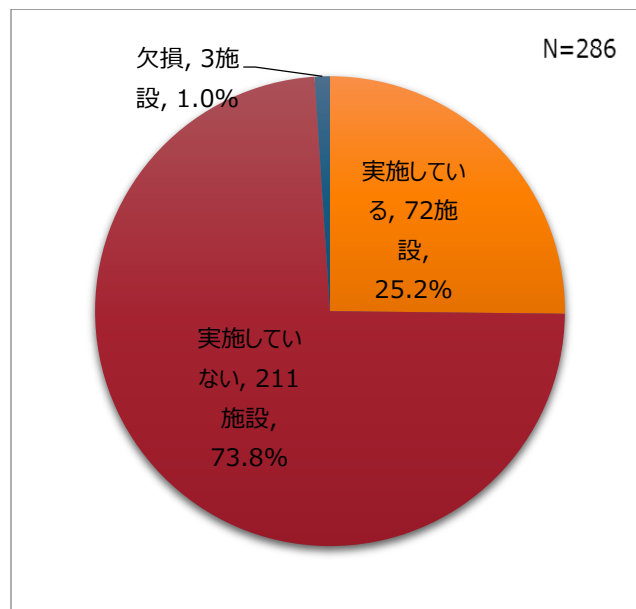
図表. 訪問看護実施患者数



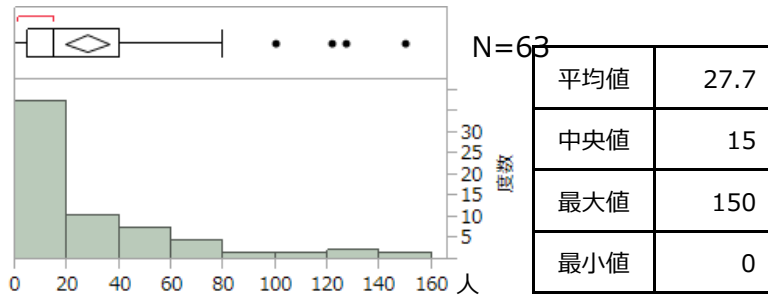
(13) 訪問リハビリテーション実施状況

訪問リハビリテーションを実施しているのは、25.2%の施設であった。また、訪問リハビリテーションを実施している施設の1ヶ月間の実施患者数は20人以下が過半数を占めていた。

図. 訪問リハビリテーションの実施



図表. 訪問リハビリテーション実施患者数



(14) その他の訪問サービス実施状況

その他の訪問サービスを実施しているのは、7.7%の施設であった。また、実施されているサービスには訪問介護が6件と3分の1を占めていた。

図. その他の訪問サービスの実施

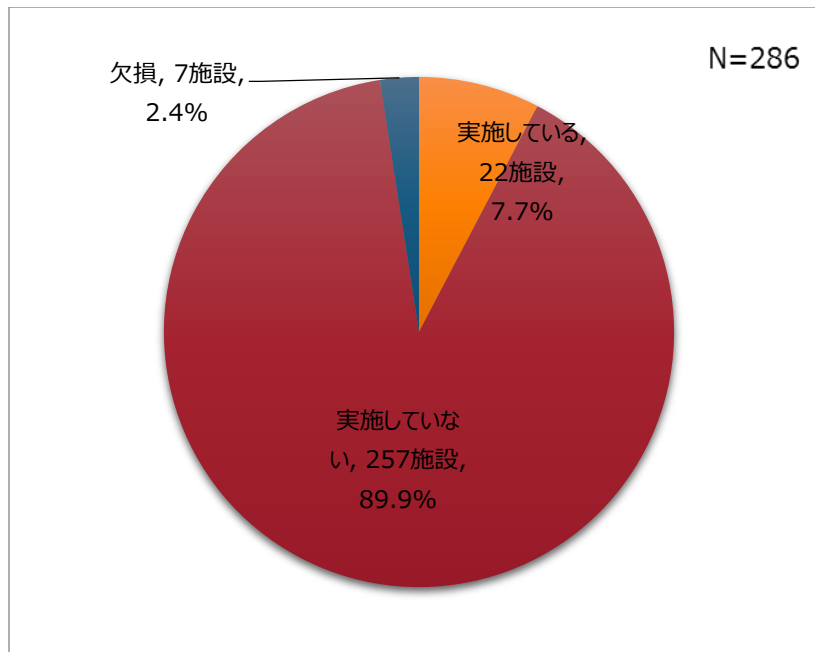




表. 実施している訪問サービス

N=18

サービス	実施施設数	対象者人数
デイサービス	1	25 人
介護サービス	1	47 人
居宅介護支援	2	それぞれ 5 人, 30 人
居宅訪問調理	1	16 人
居宅療養管理指導	2	記載なし, 32 人
精神科	1	6 人
訪問介護	6	平均 40.8 人
訪問薬剤指導	2	不明
鍼灸	2	それぞれ 2 人, 45 人

(15) 1 日の平均外来患者数

1 日の平均外来患者数について、全体の回答の平均は 71.4 人、中央値は 57.5 人であった。病院・診療所別にみると、診療所では 100 人未満の施設が 8 割以上であったが、100 人以上の診療所も一定見られた。一方、病院では 100 人以上の施設が過半を占めた。

図表. 1 日の平均外来患者数

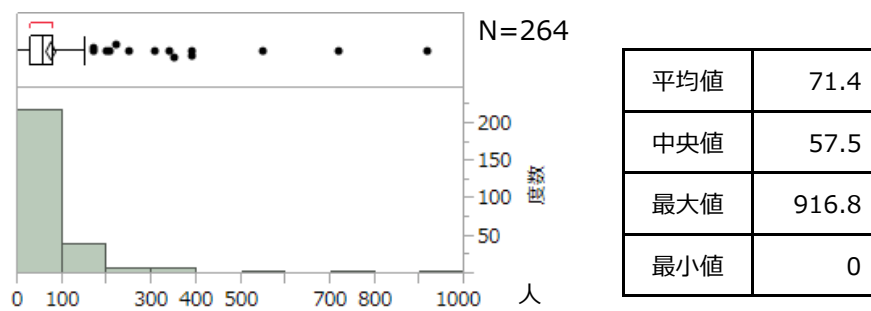
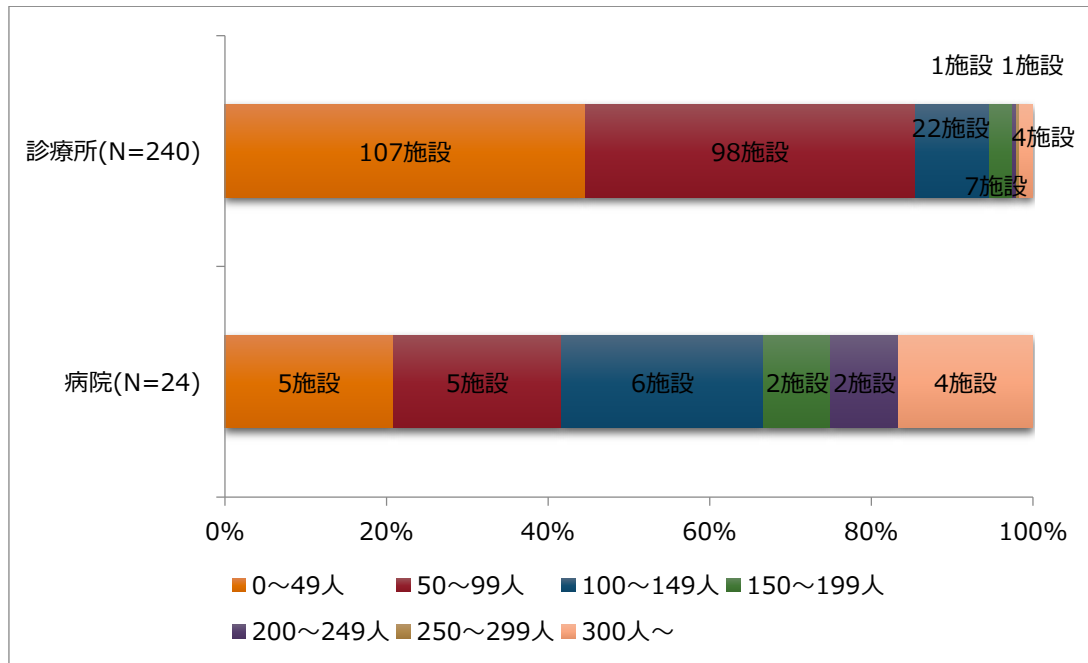


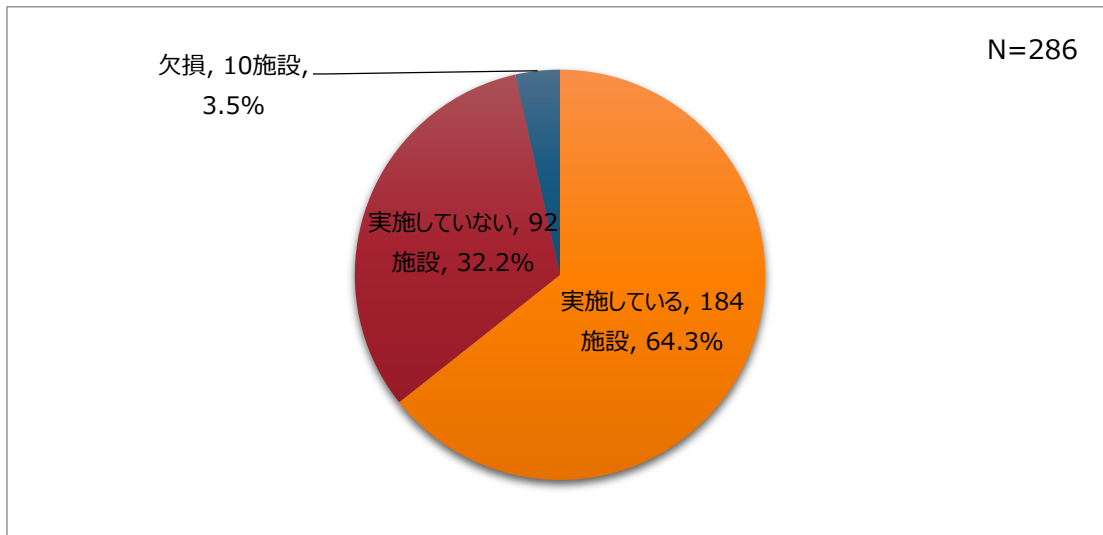
図. 施設基準別 1 日の平均外来患者数



(16) 外来での低栄養患者への栄養介入の実施

外来で低栄養患者への栄養介入を実施している施設は、64.3%であった。

図. 外来での低栄養患者への栄養介入の実施施設



(17) 外来で栄養介入を実施していない理由

外来で栄養介入を実施していない理由としては、「該当者なし」「外来を実施していない」以外では、「栄養士不在」「体制がない」「人手不足」「時間がない」等の体制を整える人手や時間がないことが挙げられた。

表. 外来で栄養介入を実施していない理由

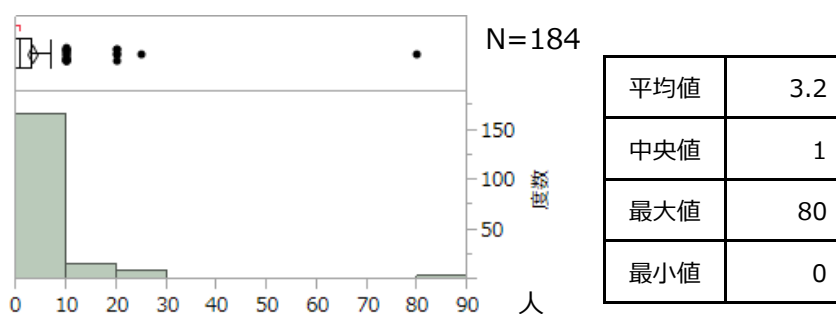
N=43

理由	度数	理由	度数
該当者なし	9	改善が見込めない	1
外来を実施していない	5	ほとんどが病院紹介	1
栄養士不在	5	認識の欠如	1
体制がない	4	難しい問題だから	1
人手不足	4	医師よりオーダーがない	1
時間がない	3	余裕がない	1
栄養剤紹介のみ	2	今まで介入していない	1
他の医師が行っている	2	不明	1
介入の意味が分からない	1		

(18) 外来で1ヶ月に栄養介入を実施する人数

外来で低栄養患者への栄養介入を実施していると回答した施設において、1ヶ月に栄養介入を実施するのは平均 3.2 人であり、2 人以下との回答が 68.0%であった。

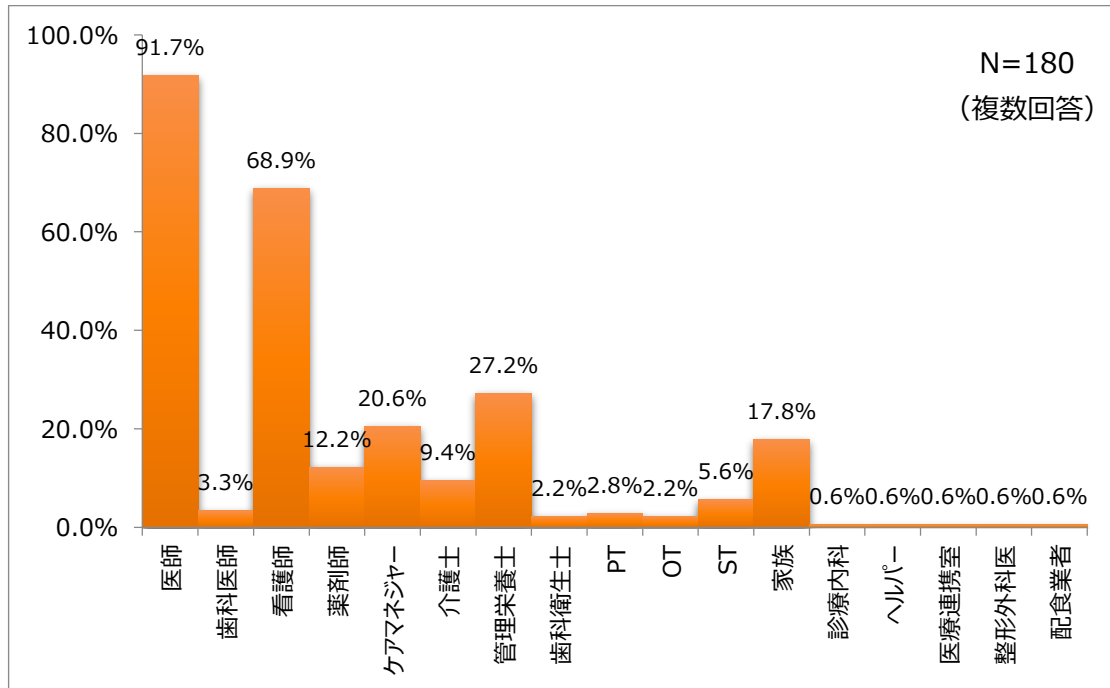
図表. 外来で1ヶ月に栄養介入を実施する人数



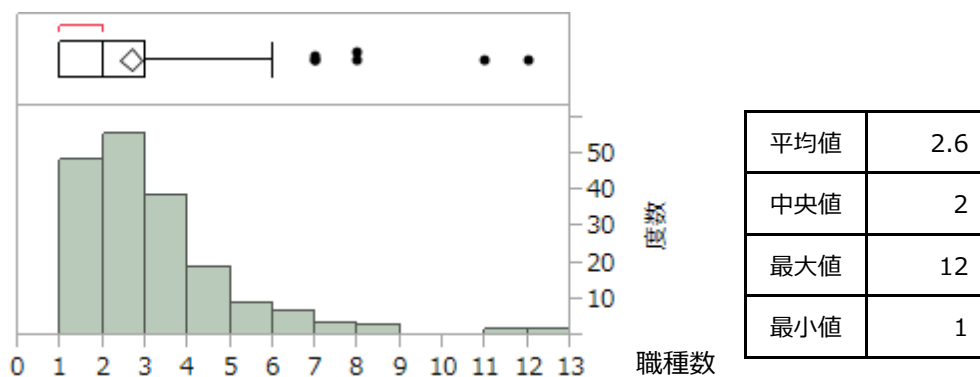
(19) 外来で低栄養患者への介入をする職種

外来で低栄養患者に栄養介入を実施する職種としては、医師(91.7%)に次いで、看護師(68.9%)、管理栄養士(27.2%)が多かった。介入に関する職種数の平均は 2.6、中央値は 2 職種であった。

図. 外来で低栄養患者への介入をする職種



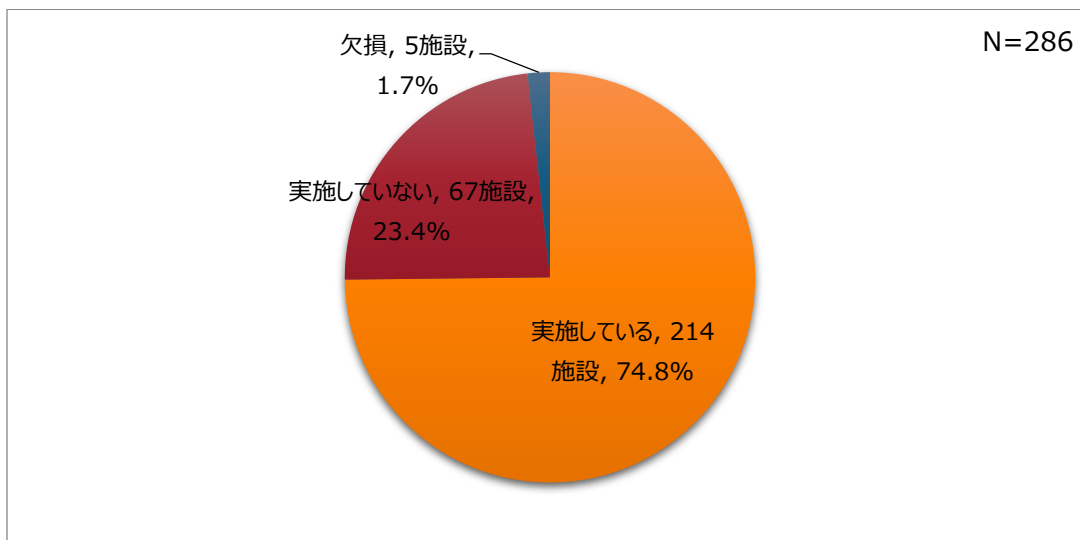
図表. 外来での低栄養患者への介入に関する職種数



(20) 訪問での低栄養患者への栄養介入の実施

訪問で低栄養患者への栄養介入を実施している施設は、約 4 分の 3(74.8%)であり、外来での栄養介入の実施率を上回っていた。

図. 訪問での低栄養患者への栄養介入の実施施設



(21) 診療所における施設基準別の訪問での低栄養患者への栄養介入の実施状況

診療所について、いずれの施設基準においても、50%以上の施設が外来、訪問両方で栄養介入を行っていた。外来、訪問のどちらか一方しか栄養介入を行っていない施設では、外来のみよりも訪問のみで栄養介入を行っている施設の割合が多かった。

表. 診療所における施設基準別の訪問での低栄養患者への栄養介入の実施状況

在宅療養支援診療所 1 (N=38)

		訪問		
		介入あり	介入なし	欠損
外来	介入あり	22 (57.9%)	3 (7.9%)	2 (5.3%)
	介入なし	5 (13.2%)	5 (13.2%)	
	欠損	1 (2.6%)		

在宅療養支援診療所 2 (N=156)

		訪問		
		介入あり	介入なし	欠損
外来	介入あり	87 (55.8%)	11 (7.1%)	
	介入なし	25 (16.0%)	24 (15.4%)	1 (0.6%)
	欠損	5 (3.2%)	1 (0.6%)	2 (1.3%)

在宅療養実績加算(在診実) (N=64)

		訪問		
		介入あり	介入なし	欠損
外来	介入あり	34 (53.1%)	6 (9.4%)	
	介入なし	14 (21.9%)	9 (14.1%)	
	欠損	1 (1.6%)		

(22) 訪問で栄養介入を実施していない理由

訪問で栄養介入を実施していない理由として「該当なし」以外では、外来で実施していない理由と同様に「栄養士がない」「体制が整っていない」「人手不足」等、体制を整えられないこと、人手がないことが挙げられた他、「末期患者であること」を理由として挙げる施設も複数見られた。

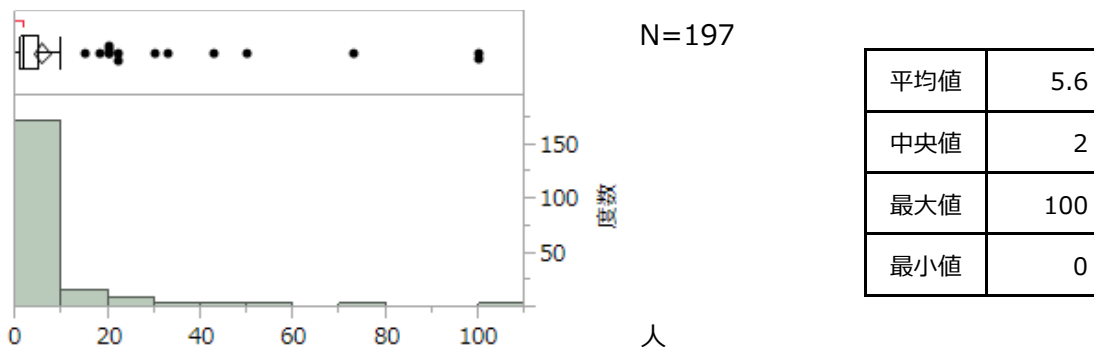
表. 訪問で栄養介入を実施していない理由

理由	度数	理由	度数
該当者なし	8	栄養剤処方のみ	1
体制が整っていない	4	施設が協力的でない	1
栄養士がない	3	今から実施予定	1
末期患者であるため	2	摂取状況聞き取りのみ	1
金銭的に負担増になるため	1	改善が見込めない	1
人手不足	1	家族にお願いする	1
難しい問題だから	1	不明	1
訪問診療か訪問看護へ依頼するため	1		

(23) 訪問で1ヶ月に栄養介入を実施する人数

訪問で1ヶ月に栄養介入を実施する人数としては、2人以下の施設が51.7%と約半数であった。

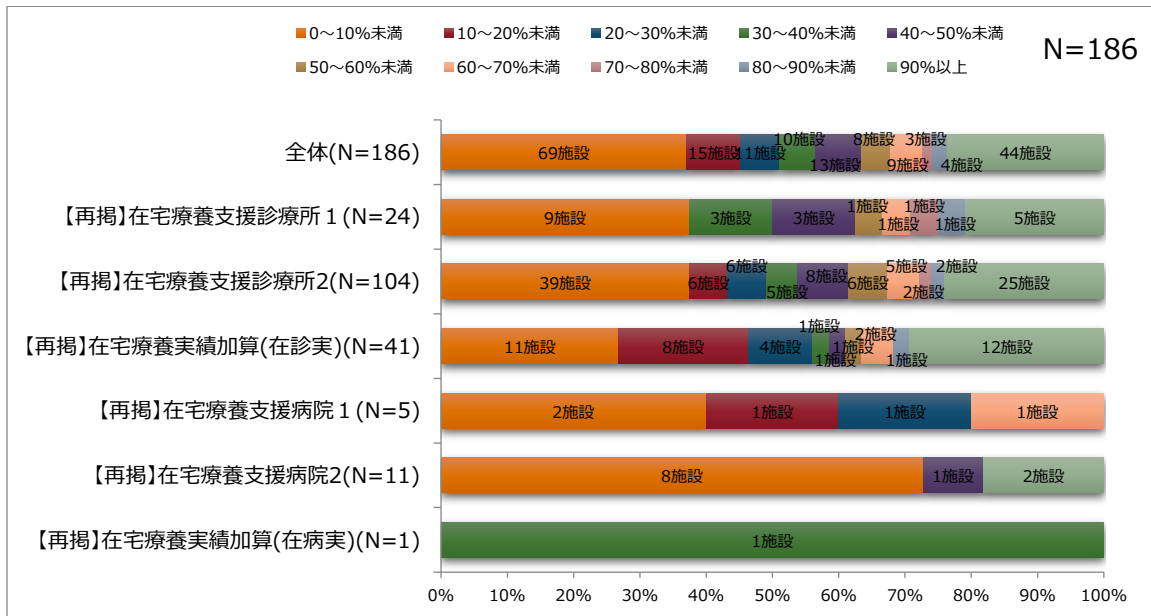
図表. 訪問で1ヶ月に栄養介入を実施する人数



(24) 施設基準別訪問患者数における栄養介入割合

訪問で1ヶ月に栄養介入を実施する人数は、病院より診療所の方が多く、訪問高齢者数に占める割合も診療所の方が高い割合の施設が多かった。

図. 訪問で1ヶ月に栄養介入を実施する人数

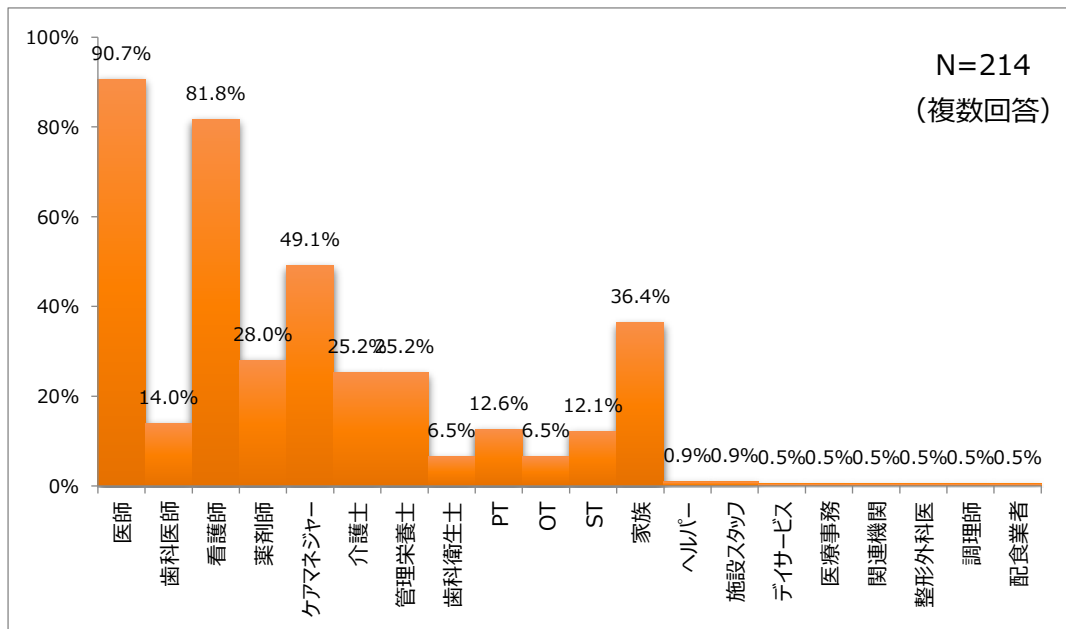


(25) 訪問で低栄養高齢者への介入をする職種

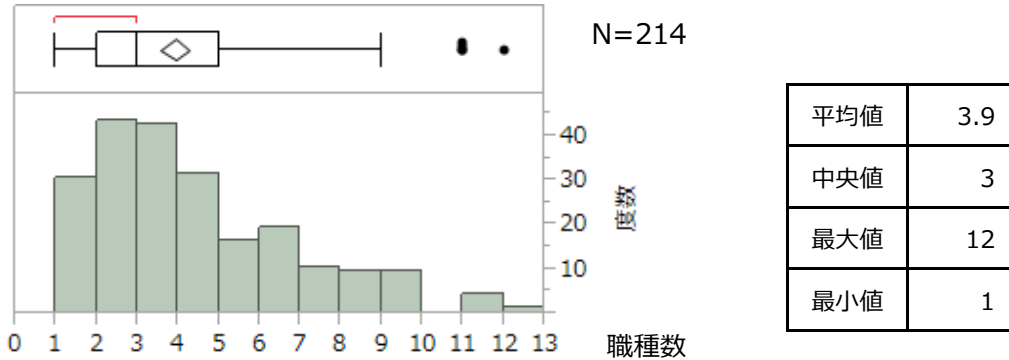
訪問で低栄養患者へ栄養介入を行う職種としては、外来での介入同様に、医師に次いで看護師を上げる施設が多かった。一方外来での介入で挙げられた職種に比べ、ケアマネジャー、家族、薬剤師、介護士、歯科医師、PT、ST等の回答が増加しており、特にケアマネジャーの回答は外来での介入では20.6%の回答であったのに対し、訪問での介入としては約半数(49.1%)の施設が回答していた。介入に関与する職種数は3職種以上が65.9%であり、総じて訪問で介入する職種数の方が、外来で介入する職種数より多かった。



図. 訪問で低栄養患者への介入をする職種



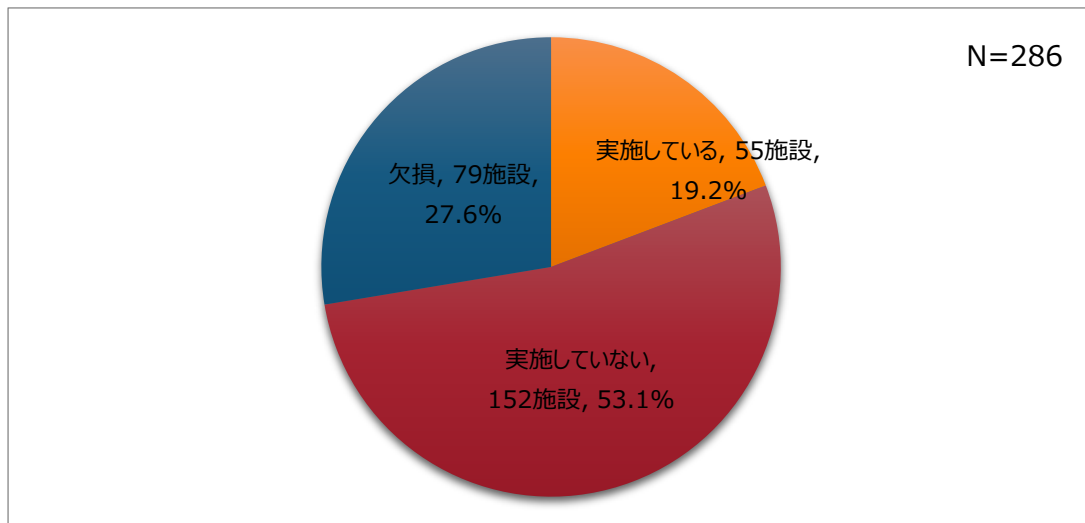
図表. 訪問での低栄養高齢者への介入に関与する職種数



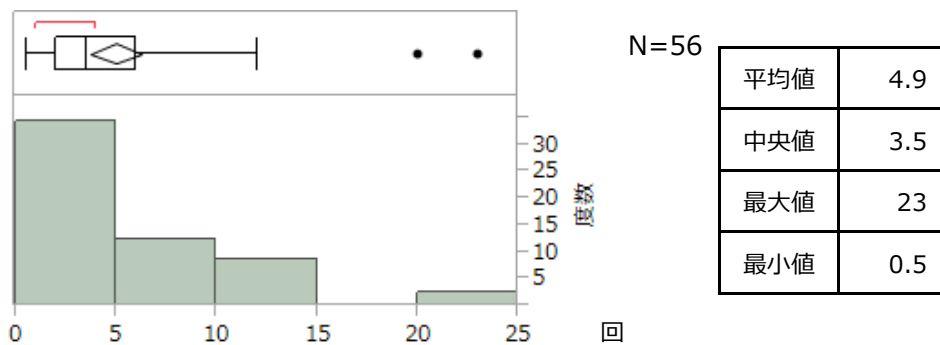
(26) 訪問での低栄養への介入をしている職種等の中で知識習得やスキルアップ研修等の実施

訪問での低栄養への介入をしている職種等の中で知識習得やスキルアップ研修等を実施している施設は約 2 割に留まっていた。病院・診療所別に見ても、その割合は同様であった。実施している場合の研修の頻度は、年間 3~5 回との施設が多かった。

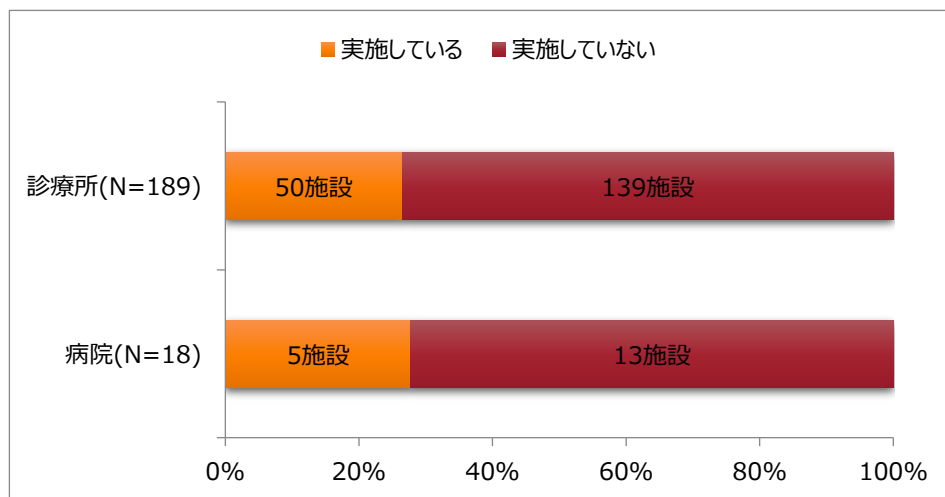
図. 訪問での低栄養への介入をしている職種等の中で知識習得やスキルアップ研修等の実施



図表. 知識習得やスキルアップ研修等の実施頻度（1年間あたり）



図表. 病院、診療所別知識取得やスキルアップ研修等の実施状況



(27) 研修会等の内容

研修会等の内容は、摂食について、栄養に関すること、連携に関すること、口腔ケア等、多岐にわたって実施されていた。また、医師会等で開催される研修には多くの施設が参加しており、学会への参加に積極的に取り組まれている施設もあった。

A) 摂食について

- 摂食、嚥下について
- 嚥下食の調理について
- 摂食時の環境、姿勢、介助方法
- 食物形体、調理法
- 栄養補助食品や補助剤の紹介
- 摂食嚥下の学習会など
- 摂食機能訓練 VF
- 毎年「口から食べたい講演会」を主催、参加。プロジェクトへ参加。

B) 栄養に関すること

- 2016年2月15日管理栄養師による「訪問栄養食事指導について」の研修会を予定
- NSTとしての栄養や摂食、嚥下をテーマとしたクリニック内での勉強会を行っている。
- NSTの勉強会あり 院外研修にも参加している
- PEG、管理栄養士の測定 薬剤、栄養食品メーカーの講演、文書
- 栄養補助食品・とろみ剤勉強会
- 栄養補助食品や処方せんで発行可能な食事のドラッグインフォメーションを利用する
- 県医師会等の主催する栄養改善の研修会への参加等
- テーマを決め、栄養に関することをおまけでしている。

C) 連携に関すること

- 医師会（市）多職種連携の会
- 医師会や地域の「介護と医療の会」主催の勉強会へ積極的に参加している。
- 医師向け 3回/年 地域包括センター2日/週 自院開催で1回
- 医療と介護の連携について 口腔ケア等
- 最近の介護などの技術や研修内容の共有
- 在宅ケア勉強会
- 製薬会社主催の地域連携の会

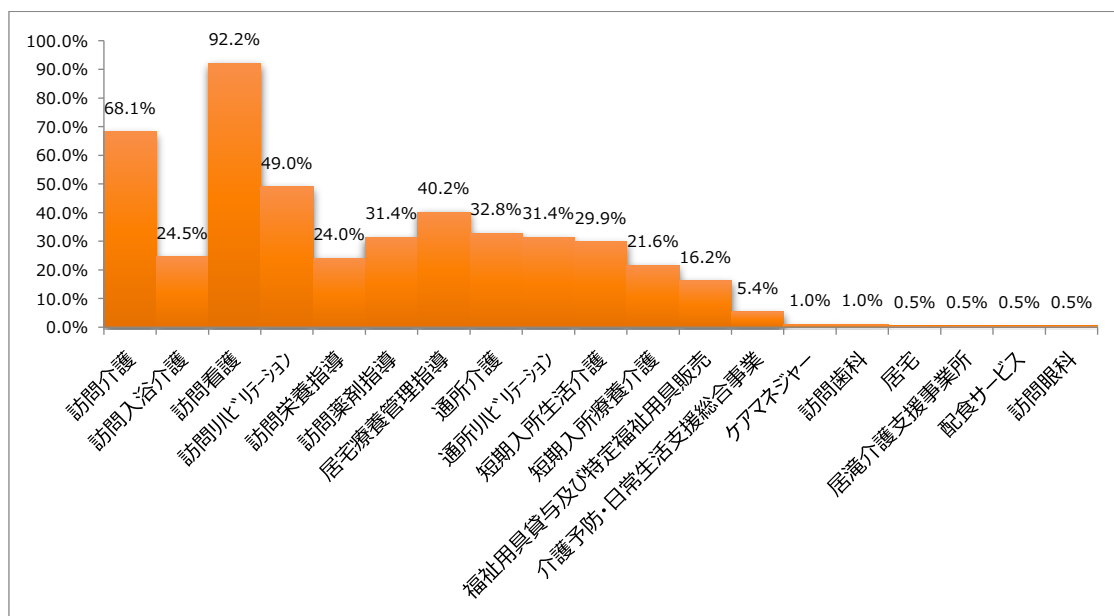
- 多職種連携研修会多職種連携による院内研修（リハビリと栄養、経管栄養など）
- 多職種連携ネットワークでの勉強会（月 1 回のもものと 2 カ月に 1 回のもの）の中で、NST 研究会には参加
- 当院以外での研修会を案内。個々と管理栄養士がナース、ヘルパー、薬剤師と情報共有すること
- D) 口腔ケア
  - 口腔内の観察注意点、口腔ケア
  - 舌、口唇、リハビリ法
  - 歯科とは年 3～4 回程度 その他の職種は年 1 回の研修
  - 口腔衛生研修会
- E) ケースカンファレンス
  - 緩和ケアカンファレンス
  - ケースカンファ 個人個人での研修会参加
  - 連携強化型のため、毎月のカンファレンスをしている。
- F) その他
  - 医師、看護師が自主的に各研修参加し、診療所の全体会議にて発表し、情報共有を行う。
  - 医師会研修会
  - 医師会主催の勉強会
  - 院内カンファは定時、その他個々に職種毎の研修会で
  - 院内での研修や、院外での研修におのの参加する
  - 院内の場合、もちまわりで月 1 回勉強会を実施している。
  - 介護、治療薬など
  - 各種後援会
  - 各担当者の持回りにてテーマを決めている
  - 各部門をまとめた勉強会（年に数回）、又は各部門毎の勉強会は毎月。
  - 研修会、勉強会
  - 研修会を企画実施している
  - 講演会
  - 講演会出席と 1 ヶ月 1 回 7 名の在宅実施医との研究会で話し合っている（この会は 1 ヶ月に 1 回 PM9:00～10:30 menbar7 名 20 年間 継続して実施している）
  - 講習会など

- 市医師会が開催
- 渋谷区医師会 ICT 勉強会
- 褥瘡学会、PEG 在宅医療研究会、在宅医学会等へ出席や学会での発表など。
- セミナーなどの参加、クリニック内での勉強会
- 全国在宅テストの全職員実施 在宅医学会、在宅医療学会への発表及び参加
- 専門職による研修会（院内） 外部研修への参加
- 専門職による講習
- 他施設見学
- 都医や都社協の資料を利用した研修と事例検討
- 昼休みを利用して研修会を実施 各個人が研修会に参加している。
- 本にそって勉強会
- 薬剤関連の講習

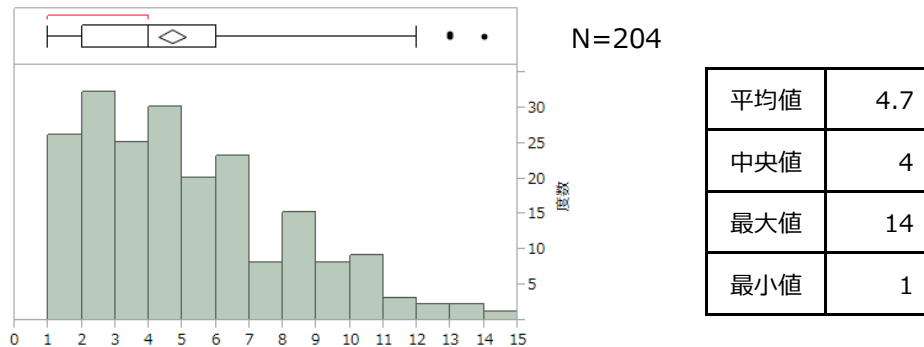
(28) 栄養状態への介入を実施するときに連携するサービス

栄養状態への介入を実施する際の介護サービスとの連携については、訪問看護は 9 割以上の施設が連携していると回答した他、訪問介護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、訪問薬剤指導、訪問栄養指導等が挙げられた。

図. 栄養状態への介入実施時の連携サービス



図表. 栄養状態への介入実施時の連携サービス数



(29) 情報共有方法

情報共有方法については、主なものとして、電話・ファックス、カンファ・会議・面談、IT ネットワーク、手紙・ノート、メール、対象者・家族を通して、カルテ、指示書・報告書・情報提供書が挙げられた。それぞれの施設数は下記の通りである。なお、下記の分類は重複しているものは複数回のカウントとした。

表. 情報共有方法

N=177

情報共有方法	施設数
電話・ファックス	79
カンファ・会議・面談	63
IT ネットワーク	24
手紙・ノート	23
メール	28
対象者・家族を通して	5
カルテ	14
指示書・報告書・情報提供書	28

その他には、同行訪問による情報共有や、ケアマネジャーや地域連携室（科）への相談を通して、という方法も挙げられた。また、同一法人内なので、密な連携が取れているとの回答もあった。

(30) 情報共有ツール

電話や FAX、地域での IT ネットワークシステム、非公開 SNS の利用やメール、ノートや情報シートといった紙媒体での情報共有が報告された。また、ipad を利用しているという報告もあり、IT 機器やネットワークの活用と、電話や FAX を用いた情報共有が混在している様子が伺えた。

(31) 低栄養の高齢者像

外来と訪問での低栄養の高齢者像について、それぞれ単語を分類し、整理した。

ADL 低下や認知症、体重減少、嚥下機能低下、食欲低下、褥瘡、脱水、閉じこもり、口腔ケアは、外来と訪問での低栄養の高齢者像では一致していた。

しかし、外来では、疾患に慢性疾患に関する単語が多かったが、訪問では、ターミナルに関する単語が挙げられていた。経済的困窮については、訪問の方がより多様な単語が挙げられており、食事内容については具体的な単語も示されていた。また訪問においては、介護環境の記述があり、虐待に関する単語が挙げられていた。

(ア) 外来

<b>ADL 低下</b>	フレイル・サルコペニア・ロコモティブシンドローム・筋力低下・外出の減少・ねたきり・準ねたきり・転倒・骨折・下肢筋力低下 など
<b>認知症</b>	認知症増進・認知機能低下 など
<b>経済的困難</b>	貧困・低所得・生活保護・生活困窮者・福祉事務所 など
<b>介護力不足</b>	老老介護・独居・介護者の能力不足・介護環境不良・身体清潔不良・買い物難民 など
<b>食欲低下</b>	食思不振・偏食・感染症後の食欲不振 など
<b>体重減少</b>	るいそう・やせ など
<b>嚥下機能低下</b>	嚥下障害・むせ・胃瘻・静注ポート・経管栄養 など
<b>褥瘡</b>	床ずれ など
<b>疾患</b>	悪性腫瘍・低たんぱく血症・末期心不全・癌・糖尿病・高血圧・脂質異常症・肥満・慢性腎臓病・貧血・COPD など
<b>栄養剤</b>	エンシュア・ラコール・栄養剤内服・経口栄養剤の紹介 など
<b>脱水</b>	脱水状態 など
<b>精神疾患</b>	うつ病・希死念慮・不眠 など
<b>閉じこもり</b>	閉じこもり
<b>口腔ケア</b>	義歯が合わない・咀嚼力・むせ・歯が合わない など

(イ) 訪問

<b>ADL 低下</b>	フレイル・サルコペニア・ロコモティブシンドローム・筋力低下・外出の減少・寝たきり など
<b>認知症</b>	認知症増進・認知機能低下 など
<b>経済的困難</b>	経済的な困窮・低収入・低年金 など
<b>食事内容</b>	コンビニ弁当・偏食・宅配食・単品・惣菜・菓子パン・果物
<b>介護力不足</b>	老老介護・独居・介護能力低下・調理者不在 など
<b>食欲低下</b>	食思不振・食欲不振・食べない など
<b>体重減少</b>	るいそう・やせ・低体重 など
<b>嚥下機能低下</b>	嚥下障害・むせ・胃瘻・静注ポート・経管栄養 など
<b>褥瘡</b>	床ずれ など
<b>ターミナル</b>	ガン末期・緩和ケア・末期がん・呼吸障害・意識混濁・小康状態 など
<b>栄養剤</b>	エンシュア・ラコール・栄養補助食品・経口栄養剤の紹介 など
<b>脱水</b>	脱水状態・水分摂取量・尿量・尿回数 など
<b>閉じこもり</b>	孤食
<b>口腔ケア</b>	口腔衛生の低下・歯の状況・咀嚼ができない など
<b>介護環境</b>	共依存・ネグレクト・介護離職・介護放棄 など

(32) 低栄養の理解を深めるための工夫

現場では、本人や家族介護者の状態に合わせ、様々な工夫がなされていた。冊子やパンフレットによる情報提供、本人の状態（検査値・栄養スクリーニング等）の説明、栄養補助食品のサンプル提供、具体的な食事指導、リハビリやデイサービス等の他の介護サービスの利用、低栄養への理解促進等が行われていた。

実際の回答を下記に示した。

訪問栄養指導の導入
食事の摂取状況や調理について、情報収集を行い、家族に負担のない方法などの相談、必要であれば処方として出す。
たくさん食べようとしなくて良いということ。可能なものを可能な範囲で食べれば良い。
デイサービスを利用していただき、スタッフと情報を共有してもらう。
3日間の食事表を作製依頼 管理栄養士による評価（面談：家族や本人との）施設での食事メニューの検討 家族の調理担当者との連携
当院独自の冊子を作成して配布している。



少しおいしいもの食べて前の様に元気に梅見物に行きませうと申します
・はつらつ食品冊子を説明し、栄養について説明している。（本人、家族へ）・甘酒など代用飲用してもらっている。・エンシュアHiなど医療で処方。流動注入他、きなこ牛乳注入など工夫してもらっている（在宅・経腸、・アイソガルゼリー、ニュートリーコンクE3 テルミール ペムパルなど栄養補助食品の活用・説明し利用してもらっている
飲水、食事のチェックシートを用いて指導をする。必要な水分とカロリーの数値を示し、目標にしてもらう。
定期的な血液検査や体重測定
摂取状態の説明のみ
講習会への参加へのよびかけ
繰り返し同じことを説明「生きることは食べること」「食べられなくなったらおむかえは近い」「無理せずに自然にまかせましょう」
①パンフレットを用いて説明②サンプルをおわたしする（栄養補助食品）③採血データをみせながらいねいに説明する④多職種で情報共有してみんなで支えていくこと（患者さん、ご家族を）→指導した内容や説明した内容が伝わっているかどうか？きちんとできているかetc多職種で確認したるするようにもしている
栄養師は調理はしないので各患者にあわせて調理師よりレシピを作り、在宅で簡単につくれる食事を提供 介5、でも楽しく食事できる様患者様に提供
1個まるごとでなく、1口2口でよいと、次に口に運ぶときは口の中をよく確認するように指導
患者やその家族との直接の面談 具体例の紹介等
イラストや普段摂取されている食事内容を写真に取り、それらを使用して改善ポイント等を配布し、手下に残るものをお渡しする。買い物同行で理解を深めていただく。
体重測定 食事量測定
わかりやすく具体的に説明する
ラコール、エンシュアなどの栄養剤の利用。⊕卵などを加えさせています。
説明をしっかりと行う。
当院パートの管理栄養士を訪問させ、生活も含めてまず状況把握し、家族の介護上の問題も傾聴して、信頼関係を構築する。報告書、評価を家族にも渡して説明する。多職種にも情報共有していることを教えて、皆で支えている安心感をもってもらう。
血液検査の結果を用いて目で分かるようにしている。
患者さんとご家族のお話をよく聞くこと。
病態をくわしく説明。その病態に対しての対応、治療を説明。改善しなければ、延命としての胃瘻を説明。→延命希望されなければ、看取り説明へ。
栄養補助食品の情報提供（サンプル等）訪問リハ（ST）等サービスの情報提供
症例ごと適切な方法を説明しています。トロミ食→経管栄養→胃瘻→中心静脈栄養 トロミ食→点滴→中心静脈栄養
パンフレットをわたす。
なるべく初めに栄養について興味を持ってもらうように話すよう心掛けています。（例えば1日の必要なカロリー、水分量の計算の仕方やごはん1杯、牛乳1杯のカロリーなどの説明等 糖質、脂質、タンパク質についてなど）
・家族にはパンフレット等で指導・訪看・歯科衛生士からの指導が重要。
特になし。仮にDMや高血圧があっても極端な食事制限などは不要食べたいものは何でもOKと本人家族には伝えているが。

その患者の状況に合わせた指導 あまり病院のようながっちりした指導はしない（本人も家族も出来ない。）
栄養指標としてクレアチニン/双タリンC比を用いて、アルブミン値と評価している
個人的には栄養剤の投与やPTOTの紹介まで
諸検査（血液、嚥下内視鏡）の実施と説明 嚥下リハビリ指導 誤嚥予防体操
具体的に何を食べているか書き出す。ムセがあれば、のみこめる形状についてもくわしく説明。
出来るだけむせない方に（食事の内容、その味etc）最初に入れさせる様に努力。それでも不安ならラコール経口。それでも無理なら家族、本人希望すれば経管栄養と説明している
（くり返しでも）説明の機会を多くもつ。同意が得られれば準備をすすめる
・食べたいものを食べさせる。（基本、食事制限は極力しない）・食べやすい形状・栄養保ゴ食品の利用 ※しかしながら当診療所のスタンスは食べようとしなくなった時は終末期であると考えているので、あまり過剰な食事摂取の促しや、胃瘻（←Fa、本人の希望時のみ）への移行などは積極的には行っておりません。
無理せず どんどん入れて元気になるわけではない と説明することが多いです
体重、血液検査の結果等を活用し、エビデンスにもとづいて、対象の栄養状態について説明している。疾患によっては訪問リハビリ前に、栄養状態の改善に向けた専門職の介入が必要となることもあるためアセスメントを確実にを行い必要職種につなげている。
糖、脂肪、蛋白をまんべんなく摂取する方法として、少量の油を入れた卵雑水を勧めている。
主に管理栄養士へ依頼。報告を基に、医師、看護師で計画立案している。
・普段の食生活での状況（時間・内容量）、口腔の状態（歯・義歯）、口腔機能の状態などを情報収集する。・情報内で改善すべき点などはアドバイスする。・パンフレットをお渡しして食事療法（カロリー表）を紹介（簡単に）・経腸成分栄養剤の紹介をする。（和風味・洋風味・バナナ味・コーヒー味etc）好みの味を選択していただく。
・口腔ケアやそしゃくのための歯の整備 歯科医、歯科衛生士で介入・経口栄養剤、栄養食品の利用・食べやすい姿勢、セッティングのしかた・ソフト食などの食事の指導・とろみ成分のつけ方など
・採血データを示して説明・浮腫などの身体所見をもとに説明
採血データ（TP・Alb値）や体重測定等を行い、本人や家族に都度説明し、前回と比較することで理解しやすいように心がけている。
病状説明
検査データでアルブミン値を示す。貧血のデータを示す。とろみをつけて経口摂取
パンフレット持参
1) 経口摂取不良～困難 2) 療養型病床の紹介 3) 経済的に困難では在宅療養不可 4) 3) 困難な場合は3回/WにてDIV
パンフレットもしくはNSによる指導
在宅栄養指導
体重を指標とする。高齢者では、バランスより量を重視する。
口頭での説明 具体的な食品、調理法の指導
栄養補助剤を勧める、宅配食を紹介する等も・・・
低栄養に起因する合併症など本人家族にリスク説明を十分に行うように注意しています。同時にリスク低減させる策をいくつか案内します。ST、訪問栄養、訪問看護やリハからの家族指導などを行います。

パンフレットを用いて説明したりしている
エンシュア等の資料を使用
定期的に家族への説明
入念なカウンセリング、遠方に住む親族（子供）とのメールや Tel でのやりとり。
低栄養になった背景を説明し、原因に応じた対応を説明し患者、家族の希望に応じた栄養管理を行う。
患者の生活環境（独居か同居か、老々介護なのかなど） 患者嗜好調査 患者予後（末期状態等の場合、見た目や（「アイート」の使用）、味、今食べたいものなど）
・訪問時に繰り返しの指導 ・ケアマネジャー経由での他職種への啓蒙啓発
食事バランスガイド イラストでの説明
嚥下障害のある人にトロミ食
食事形態の説明
担当医師より詳細な説明
検査データの推移を見せたり、データ改善により、栄養状態改善の状況を目でみることでアピールする 調整食品など簡単にとり入れられる食品のサンプルを取りよせ提案する。実際に味見をしてもらう。
・口頭やインターネット情報、各種資料等をプリントした物等を用いて説明 ・栄養補助食品等の支給品を提供
食事量、水分量のチェック 尿、便の回数、量 記載しやすい様に表にして渡す パンフレット（写真付）で説明、鼻腔栄養・中心静脈栄養
ケアマネジャーを始めとする訪問系職種へ栄養改善の必要性を伝え情報共有を行う。
①経口摂取しやすいように食事の形態、質を、投与方法などを検討する。 ②カロリー、水分補給を経静脈的投与する。 ③経管栄養、胃瘻造設、中心静脈栄養を家族、本人と相談する。
（10-6の質問に対して）知識習得及びスキルアップに関し、回答者である私自身は行っていないが、栄養課は行っていると思う。又、10-7の質問に対して、管理栄養士が介入し、栄養指導をご家族に行うことも数回であるが行ったことがある。
嚥下障害がある場合は嚥下機能評価、在宅の場合はVEでの食形態の評価等
サンプルやカタログですすめたりすることがある
・体重、食事摂取量（エネルギー）について具体的数字を提示し、変化について3カ月ごとに評価し、提示している。
栄養に関するパンフレットを用いて説明。また、体重等をグラフ化することで状態の変化が分かるようにしている。
患者様の好みなどを考慮して処方の際味を指定する。形態も患者様にあわせてかえてみる。（シャーベット状、トロミ）
・口頭で指示 ・低蛋白血症であれば、肉、魚、豆腐、牛乳、卵等を積極的に取るように指示。
・パンフレットの使用 ・とろみ剤等を実際に使用し、とろみ濃度の確認等を行う ・介護用食品の取り扱い業者の商品カタログ
現在どのような状態なのかご本人・ご家族に詳しく分かりやすく説明するよう心がけています。
・血液検査、結果の共有 ・食事内容、準備方法の相談 ・補助食事の利用 ・利用剤の処方
・個々の生活環境にあったレベルでの食事摂取の指導。 ・処方できるエンシュアやラコールを提案している。

<p>・パンフレットの利用 ・栄養士（院内の）により指導実施</p>
<p>経管栄養を行なう際には、患者、家族に説明をする。</p>
<p>個々に合わせた栄養アセスメントを行い、医学的、栄養学的に望ましいと考えられる介入へのプランと、患者・家族の希望や介護環境などを総合的に判断し、介入すること。</p>
<p>マニュアル本の呈示</p>
<p>パンフレットの利用</p>
<p>栄養補助薬等の会社の資料を見たり、会社の方に説明会を不定期にして頂いている。</p>
<p>書面でわかりやすく説明</p>
<p>栄養状態の把握のために、クリニックで独自の尺度ではあるものの、スクリーニング検査（在宅でできる簡易的なもの）を行ったことがある。</p>
<p>1. できる限り、知識だけの提供にならないよう、具体的なメニューの提案や調理実習をとり入れる 1. 日常生活に即したもの（よくたべている物や冷蔵庫にあるもの、かきもので手に入るもの）を活かせる料理の工夫 1. のみこみテストや身体計測を目の前で行い、その結果をすぐにフィードバックする 1. 体重測定をする 1. サンプルを配布する（いきなり購入していただくことはしない）</p>
<p>特にありませんが、状態が悪いことを説明し、栄養状態の改善のための方法について相談することになっている。</p>
<p>・低栄養状態についてのせつめいを丁寧に行う ・①原因疾患の有無→あるならどうするか（癌第2手術できる/できない、する/しない） ②精査をしない/する。対症的にどう対応するか ③誤嚥をくりかえしているなら経管栄養等について説明（適応する/しない。NST、etc）、高カロリー輸液の説明 ④老衰としての低栄養もありうる→どこまで対応するか ・栄養指導時 基本的な（ビタミン、カロリー、ミネラル etc 区別がついていない）知識にかけていることが多いので、その点を気をつける ・介護保険のサービスの導入、宅配サービスをすすめる。また、介護者以外の交流の協力等をうながす ・一人暮らしなら家族を呼び出し（きてもらって）話をする→高齢者では家族にうまく説明ができない、家族が高齢者の状態に気づいてない</p>
<p>冊子をわたす</p>
<p>個別に資料作成してポイントを指導時に説明しています。</p>
<p>食事（介護食、治療食の実際のパンフレット配布等）メニューの実際 補助食品の紹介業者（プロパー）の紹介、など</p>
<p>成分栄養剤を積極的に利用</p>
<p>ネットで情報をみる。栄養士や薬局と相談</p>
<p>・分かりやすい言葉を使う ・一度にいくつも言わない ・資料があれば文字フォント大きく、写真や絵も多用 ・資料はあっても1回につき1-2枚程度（A4） ・実行しやすい提案をする</p>
<p>栄養状態が患者のQOL、ADLそして予後を決定的ことをコンピューターのパワーポイントを使用して説明している。</p>
<p>・栄養補助食品 ・口腔内リハビリ ・口腔ケアの指導</p>
<p>親族内での看護力の模索、訪問サービスの介入 薬剤師、栄養剤メーカーの介入、嚥下リハ士の参画</p>
<p>摂取方法（経口、経鼻、胃ろう、等）によって、形態や内容、体重の減少や皮膚トラブルなどを考慮した指導助言をしている。</p>
<p>患者、家族の理解度が悪い時はケアマネ、ヘルパー、訪問看護の利用があれば協力を求めている。電話訪問を行ってみる。</p>

病状の説明をキーパーソン、その他の家族に話して理解、してもらるのが基本、その上で具体的な補助栄養の説明をし、看護師、訪看、家族が主に行うことを話、ケアマネ、ヘルパーにも、出来ればどうせきしていただき、情報共有をしている。また、急な薬代についても、出来る限り具体的に話している。
栄養補液等をすすめている。食事の好きなものを食べやすいよう工夫するなど。食べる必要性について話す（本人、家族）

(33) 独居または高齢者世帯の低栄養患者に栄養状態の介入を行う際の工夫

独居または高齢世帯は、介護力が脆弱なことが多く、栄養状態の介入を実施するうえで理解を得たり、実施したりするためには、多くの工夫が必要となる。記述からは、何度も連絡する等の働きかけや、栄養補助剤の利用等とともに、多職種連携での対応（特にケアマネジャーやヘルパーとの連携）の重要性が認められた。

実際の回答を下記に示した。

多職種の連携
ヘルパーや訪看との連携。
ヘルパーに買い物に行ってもらう時にカロリーメイトやメイバランス等も購入してもらう。
高カロリー経腸栄養剤（エンシュア etc…）などの処方。連携する訪問介護者への情報提供。
難しいと考え、short stay を用いて、その時に指導する。
①ヘルパーより、摂取状況を聞きとり②施設入所時、退所時体重測定依頼③食事内容のチェック
少し多くたべて元気になってみんなで花見に行きましたと申した
・甘酒へ活用、エンシュア処方、食べられるもの何でも OK、食事形態についてケアマネ、ヘルパーと連携 ・誤えん予防、口腔ケアについて指導、連携 必要時栄養士から家族へ食事指導あり。
・配食サービスの説明 ・包括への報告依頼
関わっている介護スタッフに電話や FAX などを用いてしつこいくらいに働きかける。
こまめに体重を check してもらっています。
家人に伝える（伝えて貰う）ようにする。
訪問介護の定期的導入をはかる
家族・キーパーソンに説明する。
独居の方はいまのところ対象者がいないですが、ヘルパー従事者からの連絡で往診して対処する予定
特にはないが訪問当科は必ず勧めている。
当院エリアは介護は弱い また学びの姿勢が低い 同様調理師より一緒、主介護者に指示、指導している。福祉用具専門相談員に低栄養と高齢者をテーマに勉強会を実施。今後は調理師と主に地域でお料理などの教室をひらきます。
口から食べられなくなったら寿命（経管栄養剤の経口摂取まで）PEG など無理な延命は行なわない。もちろん IVH や末梢点滴も行なわない。
デイサービスで食事介助 ヘルパーさん食事介助

直接の面談
訪問介護（ヘルパー）の方やケアマネジャー、通所介護（デイサービス）、ショートステイ先と情報共有を図り、多方面からの視点で低栄養の防止を図っています。必要に応じて栄養補助食品の導入や介護食品の提案をし、これらはある程度ストックする環境下にしていく。対象者の調理スキルや ADL 状況に応じて介入する人・介入方法を変えます。
介ゴサービスの利用
今後訪問栄養管理指導ができる体制を真岡市で構築する予定→往診の車中で記入しましたので汚くなり申し訳ありません。
連携強化。
特にないが、必要な場合 管理栄養士が在宅の患者さんの所への訪問を行い、食事内容、摂食状態等をチェックし、指導できる事が望ましい。
・不安な事を何でも傾聴してアドバイスを具体的に言う。当表面レス外の事も聞き出して、他職種へ改善の為の相談を伝える。・実技を含めていねいに何度も指導する。それぞれの環境でできる範囲のことをすこしずつ行う。
本人や高齢の家族へ指導してもなかなか理解されないケースが多いため、ケアマネジャーへ介入してもらい、ヘルパーの食事内容の指示やその報告をまめにもらう等、多職種への協力をいただくことが多い。
患者さんとご家族のお話をよく聞くこと。訪問診療に同行してみましよう!! 現場に足を運びましよう!!
あらかじめ、延命に対する希望をとっている
押しつけにならないように。すこしずつ理解していただく 家族の理解を高める
介ゴ保険の利用
ケアマネ等に動いてもらう
ヘルパーさんに報告してもらう。
ヘルパー訪問による食介 配食サービス利用 訪問リハによる嚥下リハ 歯科衛生士訪問による口腔ケアと嚥下指導
エンシュアリキッド等の処方
・個々の食べ物の嗜好を聞き出す。・アイスクリームやチョコレートなど口当たりよい少量でもカロリーのあるものの勧め。・経管栄養剤、食品などの味が多種類であることの充実度を説く。自己も試飲（食）してよかったなど体験を話す。・食べないとお迎えが早めに来ること。（うつ以外の方への話し方として）
1) 多職種との連携。 2) 目標の設定・実施計画・評価・対策を担当者会議で検討。
出来る範囲で行う。
エンシュア、ラコール等の使用 高齢者はエンシュアを意外に好む。介入の意味不明にて詳しくは回答困難
実施可能なリハビリ、献立、調理、とろみ剤の工夫 訪問、通所、入所サービスの利用
日常生活状況を把握の上 介ゴ、医療連ケイの上介入
1、ラコール、エネーボの使用 2、食事宅配サービスの利用
簡単な方法を選ぶ。
補助的にラコール 200ml の追加摂取をすすめている
生活が自立できていない人の場合 訪問介護と訪問看護をスポットで介入してもらう。注入は訪看、はずすのは訪介という具合。
・ヘルパー入っている時には、買い物時に栄養バランスになるべく気をつけてもらうや、・Family に協力してもらう。・エンシュア etc (保険内のもので) の処方。・利用している介ゴサービスへ協力依頼 etc 行っている。

好きなものを好きなだけ自分のペースでと話します
まだまだ現場の訪看の意識が低い。疾患と生活習慣、栄養状態の関連性をケアマネ、ヘルパーと共有し。
在宅にそもそも限界がある。介護職を増やすと生産職人口が減る。外国人労働者を増やすとヨーロッパと同じになる。若年労働者が減っているのに在宅のみで管理できると思う方が馬鹿である。
具体的な手順をくり返しマニュアル（作成したもの）を基に理解されるまで、壁等に掲示して説明しています。
経腸成分栄養剤の紹介をする。・味（和風・洋風）好みの味を選択していただく。・普段の食生活で栄養価の高い食品を紹介する。・普段の食生活・運動の時間や内容について情報収集して、改善すべき点をアドバイスする。（パンフレットをさしあげる）
・配食の利用・近所の方が協力できるときには一緒に食事をとってもらう。・食事時にエンシュア等をセットとして供出する。・リハビリの導入（訪問診療時にもあえてリハビリを行うことあり）
ケアマネに連絡し、配食サービスやデイサービスでの食事提供などについて助言している。
サービス事業所や薬剤師と連携を図り、定期的に栄養状態を把握できる体制に整える。
・食材は細かくきざんでから調理する・のみ込みが悪い又はむせる事あれば十分留意し食事するように・経口経腸栄養剤の処方・座位で食事をするように。・配食サービスの利用をすすめる。CMに相談するように。
訪問介護。訪問看護の導入で情報を共有
ケアマネ、ヘルパー、訪問看護師等とケアカンファを行い、食形態、内容等について共通認識を持ち、一日の摂取量を把握するようにしている。
多職種連携により見守り含め色々なサービスを組み合わせることに注意しています。配食サービスや栄養補助食品など医師からやケアマネ、訪看通じて案内しています。
特にはないが、情報共有を特に意識している。
独居や高齢者のみ世帯での導入は困難と考えています。
SW、ヘルパーなどへの指導、説明
ヘルパーさんへのノートを作成
症例に適切な多職種協働グループの構築
頼まれたらいつでも往診に行くこと。
体重測定を毎週行う。一本人及び介護士等に指示 食事回数、内容、量、チェック
・介護食、治療食の紹介（パンフレットの紹介） ・少人数グループでの集団指導、管理栄養士による具体的な調理法など ・ケアマネや包括センターとの連携
・介護サービスの見直しや充実させる。・ケアマネジャーとの連携の強化・キーパーソンへの現況報告及び今後の見込み
ケアマネジャーに訪問してもらい生活支援等の介入を依頼している。
地域包括に訪問してもらい連携
訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、地域医療連携室との情報交換、連携。
配食弁当を1日1食は利用してもらう等。
・口頭や資料を用いて説明 ・栄養補助食品の支給品等を提供して説明
高カロリーゼリーの購入 トロミアップの購入 エアーマット使用 嗜好品 他（多）職種との連携 エンシュア・ライフロンの処方 嚥下訓練ーパンフレットを用いて
継続的に栄養改善が行われていくよう訪問介護と訪問栄養指導との組み合わせが有効又は通所リハビリテーションでの栄養改善加算にて本人又は老老介護者の負担を軽減する。

食事作りのヘルパーさんに栄養状態を伝え、食事内容の工夫をして頂いている。
訪問診療時に残っているものを確認したり、CMへの連携を取る等し、声かけをして頂く等の連携→それによりヘルパー等介入サービス内での声かけでご本人へ意識づけができたりする
宅配サービスの検討 通所系サービスの利用で1食でも栄養価の高いものを エンシュア等の濃厚流動食の検討
・実際の食事の様子を（自宅、デイサービス）見させていただく。 ・他職種とすぐに連絡、報告ができるようにしている。
患者様の好みを考慮して、処方の際の栄養剤の味を指定する。形態に関してはヘルパーさんの協力が得られれば行ってもらう。
・栄養強化食品等の紹介 ・介護の状態を把握し、介護者、介助者に即した調理法ないし調理例を紹介
・栄養剤の処方 ・口腔ケア ・食事の提供方法の検討
・他のサービス介入時にあわせて指導している。（独居） ・その家庭環境でできる範囲の食事についての指示（高齢者）
本人理解あれば栄養について指導しヘルパー導入されている場合は、ヘルパーと連携、調理などについて工夫する→ケアマネとともに連携 本人理解、難しい場合、食事を中心としたサービス導入、ヘルパー、ケアマネ、事業者と連携していく（必要時 Dr 介入） Dr へ相談（外来受診時の変化（NS のきずき）（急な体重減少、認知症など）→受診→血液検査等で評価→必要であれば本人へ説明（NS 栄養士）→成分栄養剤から経過みる（Fa、サービス担当者） 当院、訪問診療、訪問看護（これらの支援者にはトータルサポートしている）実施
生活環境を把握し、可能なことを一緒に考えること。介護との連携。
独居または高齢者の方は説明しても理解していない事が多いので、訪問看護や介護のサービスを入れ確実に内服薬を服用したり、食事が摂れたり、清潔が保持出来るように多職種が連携し、生活が出来るように支えている。
ヘルパーさんにたのむ
・通所介護を利用している場合、ノートに定期的な体重測定の記録、施設利用時の食事摂取量の記録が記載されているので参考にしている ・また、独居の場合、訪問看護、訪問介護（ヘルパー）が食事、飲水量排泄などをノートに記入してもらい、私（医師）も訪問時にバイタルや所見を記入して一堂に会しなくとも情報を共有できるようにしている
定期的な訪問看護師による管理、指導。 飲みやすい、食べやすい食品（パッケージも含めて）の使用。 誤えんの起こりにくい形態を選ぶ。
栄養補助剤の必要性を説明をしたり、多職種で連携して、携りあえるようにする。
書面でわかりやすく説明
ケアマネ、訪問看護、ヘルパーなど、多職種での現状把握に努めるようにしている。
1. よく話をきく 1. 本人、家族の考えをきく 1. 提案をいろいろして、一緒に考え、決めていく 1. できるところから始める 1. 他職種へ情報提供を行う 1. 身なりをきれいにする 1. 現状を受け入れる
・家族の介護能力が低い、具体的な方法を指示する（・消化のよいもの→（玄米食が身体にいいときいたので）→繊維、粗もの、かたいものはさけて・・・etc ・ミキサーをかける→（すべての食材をまぜてミキサーにかけた人がいました）→別々に・・・etc ・食べないので好きなものだけを食べさせていた（下痢をされていてカレーを食べさせた）→状態により食べさせるものはかえましょう etc
ケアマネ、ヘルパーとの連携



高圧的にならないこと。興味を持ってくれそうな面から、少しずつアプローチする。
配食サービス（宅配弁当） 訪問介護による調理 栄養補助食品、栄養剤 高カロリー輸液（ポート、IVH）
栄養士による訪問指導が主体
ヘルパーや訪問看護で情報のやりとり。体重の増減がはげしい時などは、デイサービス等に確認したりしている。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事の準備は誰がするのか（妻、本人、宅配食等）把握し、必要であれば「高齢男性でも出来る簡単なメニューの紹介」やレトルト食品や総菜利用、冷凍食品、「安価」、「スーパーで手に入りやすいもの」等をすすめる。</li> <li>・特に高齢者は「ごはん（お粥）を食べているから大丈夫」と考えている人が多く、おかずが少なくタンパク質不足につながりやすい。食事がすすまない場合、「おかずから先に」と提案する。単品で済ませる場合も多いため、プラス一品で栄養バランス（栄養量含）改善できるように提案する。例）「ごはん、つけもの」→「ごはん+おかか+しらす、つけもの、冷奴、納豆、バナナ、ヨーグルト」等</li> <li>・独居の場合、まとめて作ることが多いため、常備菜や一回の量を写真やフードモデル使用して負担にならないよう提案。</li> </ul>
補助食品の手順及び経口栄養剤の利用
<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養補助食品</li> <li>・ヘルパーさんの介入で指導していく</li> <li>・訪問看護を入れていく</li> </ul>
ご本人、ご家族の希望
ケアマネジャーと連携をとり、食事の内容、介入方法、本人の嗜好などに合わせた調理方法などの工夫（指導、助言、ヘルパーの導入など）
介護保険の利用をされておられる方が多いのでケアマネ等と相談して進めている
老老の場合、キーパーソンの対応により、程度があるので、訪看、ヘルパー、ケアマネ等々に病状説明と情報共有を密にするようにしている。
難しいです
ヘルパー導入と調理。デイサービス利用。
栄養補液などをすすめている

## 9 総括

---

### (1) 栄養改善のための介入について

在宅療養高齢者における低栄養への介入や予防の必要性を確認するための目安として、世帯構成（独居・老老世帯）や家族の介護力、経済状況といった高齢者のおかれている状況へ着目されていた。これらの状況が、嚥下機能、身体機能低下、体重減少等の身体状況と合わせて考慮されており、現場では、ここで示されているような社会的弱者ともいえる状況が低栄養に結びつき易いと認識されていると考えられる。そのような高齢者は多重的な問題を抱えていることが多く、低栄養にいたる環境を改善するためには、社会福祉の専門職との協働も必要となると考えられた。

また、栄養改善への介入において、専門職、家族の知識や情報の不足が指摘された。専門職への研修とともに、家族への啓発も重要であると考えられる。低栄養になってからの情報提供のみではなく、その前からのポピュレーションアプローチへの取り組みが必要である。専門職が、栄養の重要性について、本人・家族に適切な情報提供が出来るような研修や、教材作成も進めていく必要があると考えられる。

実際の介入内容については、多職種連携で取り組む施設と、パンフレットや冊子等を渡すのみという施設に分かれる傾向であった。このことから、栄養改善への介入については、施設ごとのばらつきがあると考えられる。栄養改善への介入の質を高めていくためには、どのような介入に効果があるか等について、エビデンスを積み重ね、将来的にはマニュアルの作成が必要であると考えられる。

### (2) 多職種連携について

栄養状態の改善への介入における多職種連携の重要性は、本研究の結果においても支持された。多職種連携の効果については、本研究の結果からは十分な評価ができなかった。しかし、独居や老老世帯への対応には、ケアマネジャー、ヘルパー等の職種との連携を図る施設も多く、今後はその効果について、検証していく必要がある。

訪問診療での低栄養介入について、管理栄養士との連携は3割弱となっていた。平成25年度調査からは、低栄養介入の連携には、栄養士との連携がある場合には、栄養アセスメントの実施や明確な目標設定等がなされ、効果的な介入がなされていることが示された。このことから、管理栄養士との連携体制は重要であると考えられる。地域において、管理栄養士との連携がとれる体制づくりを進めていくことも、今後の課題である。

また、経済的な問題や虐待、閉じこもりといった、いわゆる「困難事例」への栄養改善の介入の必要性が示されたことから、多職種のなかに、社会福祉士や自治体の福祉担当者、成年後見等

の担当者との連携も必要となる可能性が高い。この低栄養の原因ともなる虐待の証明には、医療者の意見が重要となることが多いため、医療者と福祉職の連携は、低栄養高齢者への対応としても重要となると考えられる。

外来と訪問での比較において、訪問での介入では、訪問薬剤師等、関わる職種が多くなっていた。多職種連携は、必ずしも全部の施設で行われておらず、今後も研修等の必要があると考えられる。また、多職種連携での各職種の役割やメリットについて、具体的に示していくことも、その意義を理解し易くし、連携を促進するために重要であると考えられた。

### (3) 今後の課題

本研究では、訪問診療を実施している医療機関において、実際に訪問診療に携わっている医療従事者等を対象とした調査から、栄養状態改善が必要な在宅療養高齢者へどのような職種が関与し、どのような介入が行われているのか、多職種連携のための情報共有方法は何か等、栄養改善への介入方法や多職種連携状況の詳細を明らかにし、より効果的な多職種連携による効果的な栄養状態改善方法を模索し、提案することを目的とした。しかし、全国調査の回収率が1割弱であり、本調査が全国の在宅療養支援医療機関の実態をそのまま示しているとはいえない可能性がある。このことは、本研究の限界といえる。

しかし、回答施設は、栄養改善への取組みに熱心に取り組んでいる施設が回答したと想定され、充実した自由記述を得ることが出来た。今後はより詳細な分析を行い、論文等で発表していきたい。また、本調査で示された課題である、具体的な多職種連携の方法とその効果について、今後はより具体的なエビデンスが提示できるような調査研究が必要となると考えられる。それぞれの職種の役割を明確にすることも、多職種連携では重要となることから、本研究をもとに、更なる調査研究を進める必要がある。そして、低栄養についての専門職向けの研修や家族の理解を促すツールについて、その内容を検討していくことも、高齢者の在宅療養の質を高めるうえで重要であると考えられる。

栄養調査は個人の栄養摂取状況と身体状況の関連に着目したものが多い。しかし、本研究の結果から示されたように、現場において実際に介入するためには、個人の身体状況だけでなく、生活環境やネットワーク、経済状況にも目を配る必要がある。このような点からも、今後も栄養状態と身体状況とあわせ、生活環境にも配慮した研究が増えていくと、現場での介入のエビデンスが蓄積されていくと考えられる。今後も継続して研究を続け、現場で役に立つエビデンスを積み重ねていきたい。



本研究は、

公益財団法人 財団医療助成 勇美記念財団  
2015 年度（前期）一般公募「在宅医療研究への助成」

を受け、実施いたしました。

