

在宅療養者の訪問栄養食事指導の実態とその課題(第1報) —在宅医療・介護に関わるスタッフへの質問紙調査結果から—

爲房 恭子^{*1*2*4}, 中村 富子^{*3*4}, 遠 妙美^{*4}

^{*1} 武庫川女子大学高齢者栄養科学研究センター

^{*2} 武庫川女子大学生活環境学部食物栄養学科

^{*3} 相愛大学人間発達学部発達栄養学科

^{*4} NPO 法人 ケアプランニング NEST

Implementation of home-visit-based comprehensive nutrition support program for home-care recipients and suggestions for improvement: First report

～Questionnaire survey among home-care service staff～

Yasuko Tamefusa^{*1*2*4}, Tomiyo Nakamura^{*3*4}, Taemi Tuji^{*4}

^{*1} *Research Center for Elderly Nutrition and Development,
School of Human Environmental Science,*

^{*2} *Mukogawa Women's University, Nishinomiya 663-8558, Japan
Department of Food Science and Nutrition
School of Human Environmental Sciences,*

^{*3} *Soai University, Osaka 559-0033, Japan
Faculty of Human Development,*

Department of Food and Nutrition Management Studies

^{*4} *NPO Care Planning NEST, Osaka 540-0027, Japan*

The present study was carried out as part of an investigation to clarify the subjective and objective needs for the home-visit-based comprehensive nutrition support program. We also analyzed what roles and skills they expected of registered dietitians, and further examined relevant factors in implementing home nutrition support.

In this study, we conducted a self-administered questionnaire survey among home-care service staff, and obtained the following results: 1) among the respondents, 62% recognized home nutrition support and 11% had provided it to their care recipients; 2) compared with home nutrition support, information on nutritional care management, another national public health service to improve the nutritional status of these care recipients, and its financial basis was significantly ($P < 0.001$) less well-known among the respondents, with 38% thoroughly understanding that the care service was covered by the national nursing-care insurance and only 6% had utilized it for their clients; and 3) a higher percentage (71%) of the respondents were satisfied with home nutrition support, and 82% noted that their care recipients had dietary and nutritional problems. Furthermore, the survey revealed that, although home-care service staff perceived the needs for professional nutritional support from registered dietitians in home-care settings, their awareness of "nutrition support" was so limited to the controlled diet issues that their expectation of home nutrition support may be quite different from the comprehensive purpose of the program; registered dietitians introduce and support better ways of selecting, preparing, and eating foods even for those who follow energy/nutrient-restricted diets.

緒言

在宅患者への訪問食事指導(訪問栄養指導)は、1994年診療報酬の改正にともない、「在宅患者訪問栄養食事指導料」が新設され、法律上の根拠を得た。2000年に施行された介護保険法では、「居宅療養管理指導」として、訪問栄養指導が設定された現在、医療・介護サービスの仕組みは変わりつつあり、急性期病院では、入院期間の短縮化が急速に進み、入院医療から外来、あるいは在宅医療へという流れが一層加速している。2005年10月に高齢者の低栄養状態の改善を目的とした栄養ケア・マネジメントの実施が介護報酬として評価されるようになり¹⁾²⁾、2006年4月からは、居宅サービスとしての管理栄養士による「居宅療養管理指導」が低栄養状態に対して多職種協働による栄養ケア・マネジメント体制のもとに取り込まれた。在宅継続医療の面からも、訪問栄養食事指導の果たす役割はますます大きくなっていくと考えられる。しかし、訪問栄養食事指導の利用率は6%³⁾に過ぎず、昨年度の介護保険制度の改正⁴⁾で、訪問栄養指導の加算対象が“寝たきり者”と限定されたことにより、訪問栄養食事指導の利用率は逆に減少している。

2005年、わが国の高齢化率は20%を超え、2025年には約30%が推計され⁵⁾、超高齢社会に突入する。在宅療養者のおもな疾患は脳血管疾患、心疾患、骨・関節症、高血圧症、呼吸器疾患、糖尿病などであり、後期高齢者には褥瘡、脱水、嚥下障害も加わる。在宅医療の対象は特定疾患に限定しづらいため、曖昧になりがちでもある⁶⁾。そして、これらはいずれも食生活と密接に関わるもので、食生活の改善が必要になる。食事の内容ばかりではなく、食思不振への対応、基本的な栄養摂取状態の判定や食形態の検討も求められる⁷⁾⁸⁾⁹⁾。これらは身体状況を良好に保つために重要な問題である。身体状況が良好ならば、医療・介護サービスも少なく済み、リハビリなどの機能維持・改善サービスも少なくなる。在宅ケアを担う他職種と管理栄養士が協働し、“栄養”と“食事”を包括的かつ科学的にアセスメントして問題点を解決していくことにより、多くの副次的効果も期待できる。

つまり、管理栄養士の訪問栄養食事指導の使命は、在宅療養者の栄養改善をはかり、在宅療養者

を支援しながら生活の質の向上に貢献することである。

本研究目的は、在宅医療・介護に関わるスタッフとその利用者・患者・介護者双方の訪問栄養食事指導のニーズや専門職としての管理栄養士への期待感などの実態とその関連因子を明らかにすることである。今回は、在宅医療・介護に関わるスタッフへのアンケート解析を実施し、在宅療養者の栄養改善支援体制の基礎資料を作成したので報告する。

方法

1 研究方法

在宅医療・介護に関わるスタッフ(O保険医協会在宅医療に関わる施設スタッフ・O訪問看護ステーション協議会所属の訪問看護ステーションスタッフ)に対して郵送による自記式質問紙調査を行った。 χ^2 検定により、危険率5%未満を有意とした。

2 調査内容

医療保険下における在宅訪問栄養指導と介護保険下における居宅療養栄養管理に分け、訪問栄養指導の認知度・利用経験・依頼後の満足度・依頼理由・依頼しない理由・問題点などについて選択肢および自由記載方式により調査した。

3 倫理的配慮

本研究は、文部科学省私立大学学術研究高度化推進事業の社会連携研究推進事業として採択された「武庫川女子大学高齢者栄養科学研究センター」の研究に包括される研究として武庫川女子大学倫理委員会で承認され、O保険医協会在宅医療部会・O訪問看護ステーション協議会理事会にて同意を得て実施した。

結果

1 調査人数および調査期間

配布数658施設、回収数377施設(人)(有効回収率57.3%)で、調査期間は、2007年3月～5月である。

2 対象者

在宅医療・介護に携わっていた期間は、平均7年であり、性別・年齢構成・職種は、Table 1のとおりである。

Table 1. 対象者の特性 n=377

特 性		人	%
性 別	男性	78	20.7
	女性	260	68.4
	不明	39	10.9
年 齢(歳)	20~29	14	3.7
	30~39	99	26.3
	40~49	131	34.5
	50~59	83	21.8
	60~69	19	5.0
	70~79	9	2.4
	不 明	24	6.3
	職 種	看護師	232
	医 師	70	18.6
	介護支援専門員	32	8.5
	訪問介護員	8	2.1
	管理栄養士	8	2.1
	保健師	7	1.9
	理学療法士	3	0.8
	介護福祉士	3	0.8
	薬剤師	2	0.5
	言語聴覚士	2	0.5
	歯科衛生士	1	0.3
	その他	5	1.3
	不 明	4	1.1

3 調査結果

・医療保険下における在宅訪問栄養指導訪問栄養食事指導に対する認知度は、62%であり、その利用率は、11%であった(Table 2).

栄養食事指導依頼後の実施内容の満足度は71%で、その理由は、「栄養改善ができた」(15人),「嗜好を満足させる献立の提供」(14人),「他職種間のコミュニケーションができた」(12人),「献立のレパートリーが増えた」(11人),「栄養補助食品の有効活用ができた」(10人)などであった(Table 3). 逆に栄養食事指導が受け入れられなかった理由は、「コミュニケーション不足」(6人),「指導内容が要求と違う」(5人),「管理栄養士のスキル不足」(4人),「在宅の視点がない」,「訪問回数が少なく、後のフォローが継続できない」などがあげられた.

・介護保険下における居宅療養栄養管理栄養改善サービスの栄養ケア・マネジメント加算に対する認知度は、38%であり(Table 4), 前述の訪問栄養食事指導に対する認知度62%に比べ有意に低く(P<0.001), 職業別にみると、医師27%, 看護

Table 2. 在宅訪問栄養食事指導の利用経験

項 目	(n=377)		→	項 目	(n=42)	
	人	%			人	%
利用したことがある	42	11		満足できた	30	71
				満足していない	12	29
利用したことがない	192	51				
無回答	143	38				

Table 3. 栄養食事指導に満足の理由(複数回答) n=30

項 目	人	%
1. 栄養改善ができた	15	50.0
2. 嗜好を満足させる献立	14	46.7
3. 他職種間のコミュニケーション	12	40.0
4. 献立のレパートリーが増えた	11	36.7
5. 栄養補助食品有効活用	10	33.3
6. 慢性疾患・肥満の食事療法が円滑	6	20.0
7. 食欲がわくようになった	3	10.0
8. 嚥下問題が解決	2	6.7
9. 咀嚼問題が解決	2	6.7
10. 便秘・下痢の改善	1	3.3

Table 4. 栄養ケア・マネジメントの加算認知度

項目	(n=377)		→	項目	(n=143)	
	人	%			人	%
知っている	143	38		依頼した経験あり	9	6
				依頼経験なし	127	89
知らない	215	57		無回答	7	5
無回答	19	5				

Table 5. 職業別栄養ケア・マネジメントの加算認知度 n=327

項目	看護師		医師		介護支援専門員	
	人	%	人	%	人	%
知っている	86	37.6	18	26.9	24	77.4
知らない	143	62.4	49	73.1	7	22.6

注：群間差 χ^2 検定 P<0.001

師 38%, 介護支援専門員 77% で, 職業群間でも有意な差がみられた (Table 5). また, 栄養ケア・マネジメントの利用率も 6% と低かった. しかし, 食や栄養の問題を抱えている人がいると認識しているスタッフの割合は, 83% であった. その問題点は, 複数回答ではあるが 65% の施設が嚥下障害 (問題) をあげている. さらに便秘・下痢, 肥満, 咀嚼などの問題を提議している (Table 6).

・訪問栄養食事指導を利用しない理由・栄養ケア・マネジメントを依頼しない理由訪問栄養食事指導を利用しない理由に回答のあったのは, 106 人 (28%) であった.

その上位回答は, 「どこに頼んでよいかわからない」 (回答者の 78%), 「今まで対象者がいなかった」 (同 67%), 「家族が好まない」 (同 44%), 「他の職種が対応」 (同 34%) であった (Table 7). 栄養ケア・マネジメントを依頼しない理由は, 55 人の理由記入回答のうち, 「対象者はいなかった」 (回答者の 46%) 「他の職種で対応可能」 (同 14%) が上位であった (Table 8).

・自由記載

自由記載欄には, さまざまな角度・立場から, また, 疾病・症状・介護状況など多岐にわたって今後管理栄養士が在宅で活動するのに必要な意見, アドバイスが多く寄せられた.

それらを課題として整理集約し, Table 9 に示す.

考 察

入院中の栄養治療を在宅で継続させることは,

Table 6. スタッフが認識している食・栄養の問題点 (複数回答) n=311

項目	人	%
1. 嚥下障害	202	65.0
2. 便秘・下痢	134	43.1
3. 肥満	128	41.2
4. 咀嚼困難	115	37.0
5. やせている	109	35.0
6. Alb. が基準以下	105	33.8
7. 糖尿病	28	9.0
8. 急激な体重減少	25	8.0
9. 食欲不振・偏食	9	2.9
10. 透析療法	8	2.6
11. 脳・血管障害	4	1.3
12. 褥瘡	3	1.0
13. 精神疾患	1	0.3

退院患者の再入院予防の大きな要因となると考えている. しかし, 管理栄養士の在宅訪問は, 本調査利用率から, 退院患者の約 5% と推察試算される. また, 栄養改善サービスの利用率も 6% とほぼ同率の状況である. 本稿冒頭に, 2004 年の訪問栄養食事指導の利用率を示したとおりだが, 3 年後の本調査地域でもなんら向上していないといえる.

管理栄養士の訪問栄養食事指導に関して, 今回はスタッフサイドのみの評価ではあるが, サービス依頼者 (施設) の満足度は, 71% と高かった. またスタッフの 82% が食や栄養の問題を抱えている人がいると認識していた. これらのことにより, 管理栄養士の在宅訪問栄養食事指導に対する要求は高いと考えられる.

現在, 在宅療養者の約 40% はたんぱく質・エネルギー栄養障害があるといわれているにもかかわらず

Table 7. 栄養食事指導を利用しない理由(複数回答) n=106

項目	人	%
1. どこに頼むとよいかわからない	83	78.3
2. 対象者がいなかった	71	67.0
3. 療養者や家族が好まない	47	44.3
4. 他の職種が対応	36	34.0
5. 栄養管理が必要が判断できない	20	18.9
6. 管理栄養士のスキルを信用していない	3	2.8
7. その他	27	25.5

Table 8. 栄養ケア・マネジメントを依頼しない理由(複数回答) n=55

項目	人	%
1. 対象者がいなかった	33	60.0
2. 他の職種で対応	10	18.2
3. 栄養管理が必要が判断できない	4	7.3
4. どこに頼んでよいかわからない	3	5.4
5. 管理栄養士のスキルを信用していない	1	1.8
6. 療養者や家族が好まない	0	0.0
7. その他	33	60.0

Table 9. 訪問栄養食事指導の実態調査からみた課題

- 管理栄養士のスキル不足で、適切な指導ができない
 - ・在宅の視点の欠如
 - ・他職種との連携の経験不足
- 在宅栄養食事指導の依頼先が他職種に知られていない
- 指導内容が個別で多岐にわたる
- 高齢者の肥満解消など改善困難な症例が多く、求められるスキルのレベルが高い
- 職種間での「栄養指導」とらえかたの違い
- 対象者や家族に動機づけができていないため改善を望まない
- 継続指導が期待できない

ならず¹⁰⁾、栄養管理のほとんどは、介護家族とホームヘルパーに委ねられている。本来、栄養管理の必要な在宅療養者に対しては管理栄養士が訪問栄養指導を行い、介護家族やホームヘルパーに栄養プランを提供し、それに基づいて栄養食事療法が行われることが望ましい。日々適切な食事提供と在宅での栄養管理が出来れば、介護予防を含め在宅療養の質を高めることが出来る^{11) 12) 13) 14)}。

しかし、研究結果より、スタッフから突きつけられた大きな問題“十分なスキルを身につけた管理栄養士の養成”も急務であることが明らかになった。医学教育に在宅医学・医療の議論が行なわれ始め、“In Home”6項目として活動制限、栄養状態、住居環境、介護者・地域資源、薬剤、そして診療とある¹⁵⁾。管理栄養士教育にも明確なビ

ジョンおよびカリキュラムが示されてもいい時期だ¹⁶⁾と思う。管理栄養士の訪問栄養管理が在宅療養者の栄養改善に結びつき、さらにリハビリテーションが継続できる身体作りにも貢献できるもの¹⁷⁾と考える。さらに、在宅介護のあり方をどのようにとらえるかということも課題であるが、「寝たきりにならないように」「要介護にならないように」というように、在宅介護は身体活動レベルの維持・疾病進展防止にシフトされると思われ、見える効果が要求されるだろう。そのためには、管理栄養士による訪問栄養管理が在宅療養者の栄養改善に有用であることを示すエビデンスの構築は必須である。しかし、5~6%の実施率ではエビデンスを確立していくには厳しい状況といえる。

普及率が低迷していることの一因として、「どこに頼んでよいかわからない」が示すように、在宅療養者を支援しているわれわれ管理栄養士の怠慢さも本研究で明らかになった。と同時に、今回アンケート依頼者である医師、看護師は在宅に関わっているスタッフであるにも拘わらず、在宅訪問栄養食事指導や居宅管理指導(管理栄養士在宅訪問)の認知度の低さには驚きを禁じえない^{16) 17) 18)}。また、Table 9で示したように、医療・介護従事者が認識する「栄養指導」は、制限食のイメージが強く、高齢者にはもう無用だと感じさせているが、訪問管理栄養士が目指しているところの、エネルギーや栄養素の制限の中でもい

かにおいしく・楽しく調理できるか・食品を選択できるかを示す指導とはかけ離れていることも要因と推察する。依頼数が少なく、そのイメージを払拭する機会にも恵まれない状況だ。普及率低迷のその他の要因として、医療保険、介護保険における訪問栄養指導料の算定要件に訪問栄養指導上不合理な制約、たとえば、摂食・嚥下困難者が流動形態に至るまでの食形態、中程度肥満、低栄養は算定されない(中医協答申¹⁹)で、後期高齢者低栄養の退院時に限り、4月施行)などがあげられる。

栄養指導を利用しない理由に「他職種での対応」が25人(23.6%)あり、在宅療養者に対する栄養食事指導および栄養ケア・マネジメントを医師や看護師が対応している例も少なくないことも判った。これら職種が在宅療養者に近い存在であることや前述の、「管理栄養士不在」とも大きく関わっていると推察する。「今後、専門職に依頼するか」という問に対しては、55.4%(依頼を考えている施設のうち)が管理栄養士の専門性に期待している。在宅ケアを担う他職種と管理栄養士が協働し、“栄養”と“食事”を包括的かつ科学的にアセスメントして問題点を解決していくことにより、多くの相乗的効果も期待したい²⁰。前述の中医協答申の「退院時における円滑な情報共有の支援の評価」にかかる部分、退院時共同指導料では、保険医や看護師のみならず、管理栄養士の実施も算定が可能となる。退院で送り出す医療機関側・在宅で引き継ぐ側双方積極的に関わる機会を得たと認識している。

また、なによりも訪問栄養食事指導は、在宅の視点—今ある生活を大切にすること、おいしく食べること(高齢者への食育)—が重視される。“生活の場に伺える”という利点を最大限生かした個へのアドバイスを通して在宅療養者の栄養改善につとめたい。

要約

訪問栄養食事指導の認知度は62%で、その利用率は11%であった。栄養改善サービスの栄養ケア・マネジメント加算の認知度は38%と、医療保険下で行なわれる前者とは比べると有意に低い($P<0.001$)。また、その利用率も6%と低い。

訪問栄養食事指導後のサービス依頼者(施設)の満足度は、71%と高かった。またスタッフの82%が食や栄養の問題を抱えている人がいると認識していた。さらに、専門性の高い管理栄養士の指導に対する要求も示された一方で、医療・介護従事者が認識する「栄養指導」は、制限食のイメージが強く、訪問管理栄養士が目指しているところの、エネルギーや栄養素の制限の中でもいかにおいしく・楽しく調理できるか・食品を選択できるかを示す指導とはかけ離れていることも要因と推察する。

適切な栄養管理サービスの提供のために、訪問管理栄養士の教育・研修が重要な課題である。

謝辞

本研究における調査にあたり、ご協力をいただきましたO保険医協会在宅医療に関わる施設スタッフ・O訪問看護ステーション協議会所属の訪問看護ステーションスタッフの皆様にご感謝の意を表します。

文献

- 1) 「栄養マネジメント加算及び経口加算移行加算に関する事務処理手順例及び様式の提示について」(老老発第0907002号)2005
- 2) 小山秀夫：月刊介護保険2005 9 22-23
- 3) 日本栄養士会全国病院栄養士協議会栄養部門実態調査2004
- 4) 杉山みち子：日本公衆衛生学会誌, 2006 55:32-41
- 5) 社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口(平成18年12月推計)(出生中位・死亡中位)2006
- 6) 竹内孝仁：ケアマネジメント学1 9-16, 2002
- 7) 小山秀夫, 杉山みち子：厚生労働省老人保健事業推進等補助金「高齢者の栄養管理サービスに関する研究」平成7-10年度報告書1996, 1997, 1998, 1999
- 8) Sugiyama M, Nishimura A, Koyama H: J. Community Nutrition 2000 2:12-26
- 9) 杉山みち子, 五味郁子, 高齢者の栄養管理, 日本医療企画2005
- 10) 松田朗：厚生省『高齢者の栄養管サービスに関する

在宅療養者の訪問栄養食事指導の実態とその課題(第1報)

- 報告書 2000
- 11) 清水洋子：保健の科学, 49：477 - 483, 2007
 - 12) 爲房恭子：在宅訪問栄養食事指導研究 6, 14
2004
 - 13) 社会保障審議会介護保険部会報告：「介護保険制度
に関する意見」 2004
 - 14) 在宅医療テキスト編集委員会編：在宅医療テキス
ト 2007 東京
 - 15) 鈴木荘一：保健の科学 50 385-388 2008
 - 16) 青木啓子：保健師ジャーナル 2006 62 (3)
208-211
 - 17) 第3回在宅患者実態調査からみた介護の社会化の
進捗状況 大阪府保険医協会在宅医療部会 2007
 - 18) 杉沢秀博, 深谷太郎, 杉原洋子, 石川久展, 中谷
陽明, 金東京：日本公衆衛生学会誌, 2002 49：
425-435
 - 19) 厚生労働省ホームページ：保医発第 0305001 号 3
月 5 日資料 2008
 - 20) 施設及び居宅高齢者に対する栄養・食事サービ
スのマネジメントに関する研究報告 一居宅高齢者
に対する栄養ケア・マネジメントの展開一：日本
健康・栄養システム学会 2006