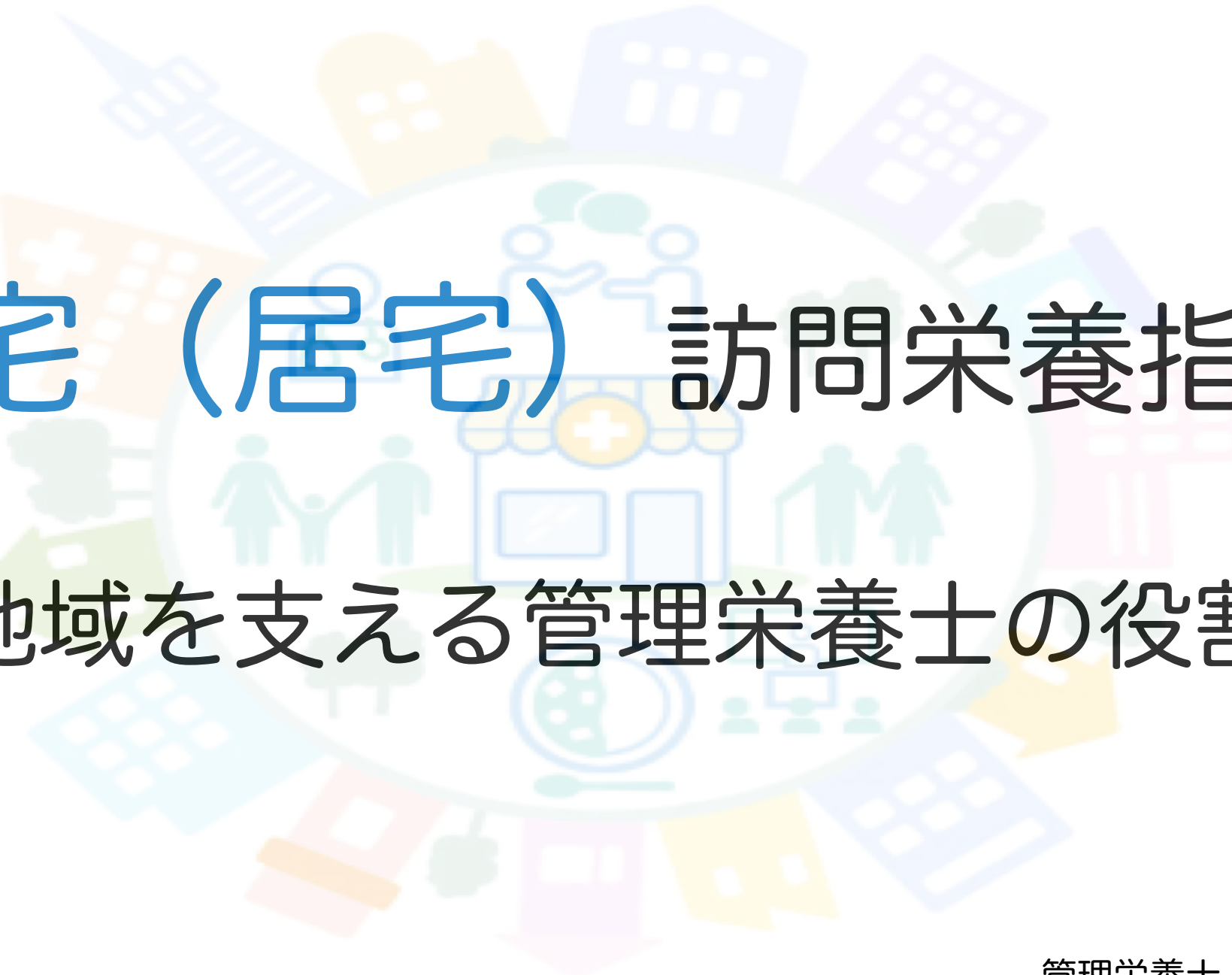
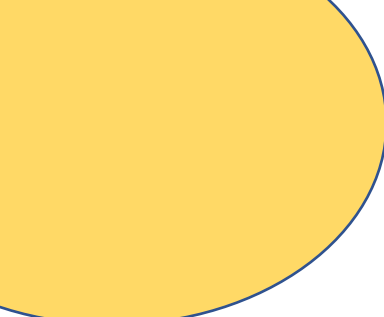




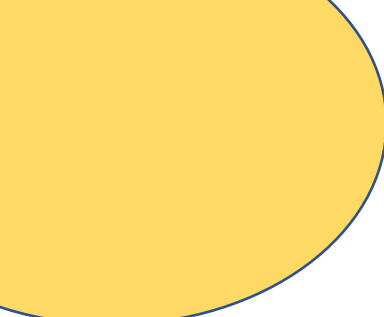
在宅（居宅）訪問栄養指導

地域を支える管理栄養士の役割



目次

- 在宅（居宅）栄養指導について
- 在宅療養患者の栄養状態
- 管理栄養士が介入するメリット
- 実例紹介
- 訪問指導の流れ
- 栄養食事指導の算定額



在宅（居宅）訪問栄養指導とは

在宅（居宅）訪問食事指導とは、医療保険または介護保険を用いて、患者宅または施設等に訪問して栄養改善やQOLの向上を目指すサービス

医療保険は「在宅患者訪問食事指導」という名称。
対象者は在宅で療養を行っており、通院困難な患者であり、別に厚生労働大臣が定める者

診療に基づき計画的な医学管理を行いつつ、保険医療機関の医師の指示のもと管理栄養士が訪問して食事に対するアドバイス、具体的な献立などにより栄養管理に係る指導を行う

患者1人につき月2回（1回30分以上）に限り点数を算定できる

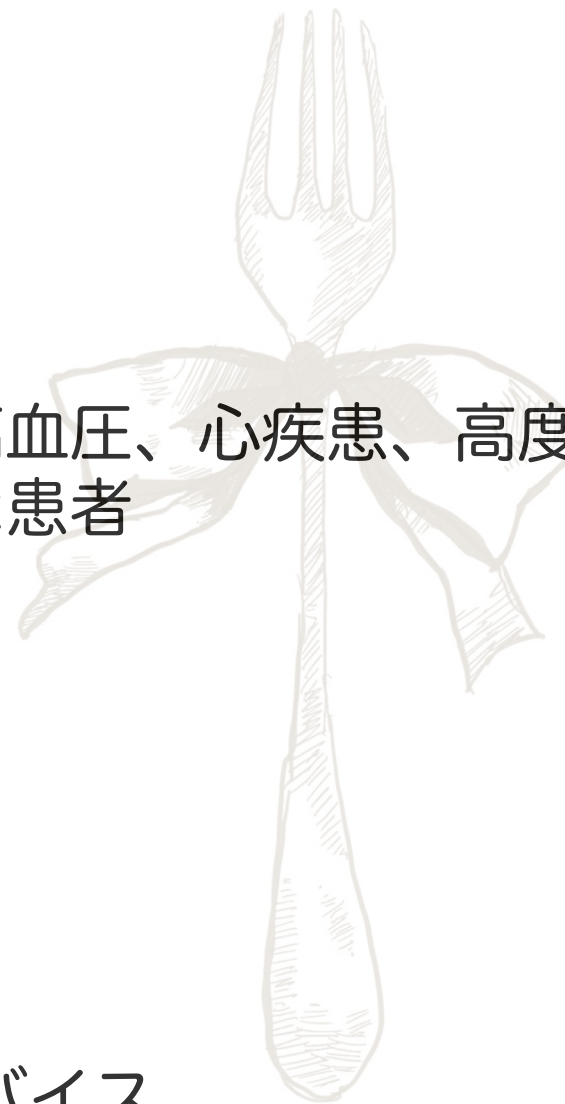
栄養指導内容

対象患者

- ・ 通院中の患者
- ・ 糖尿病、腎臓病、脂質異常症、胃・十二指腸潰瘍、高血圧、心疾患、高度肥満症、膵臓疾患、貧血、痛風など特別な治療食が必要な患者
- ・ 低栄養、嚥下機能障害の患者

指導内容

- ・ 疾患に対する食事、形態などの指示
- ・ 食事摂取量と栄養状態のチェック
- ・ 調理指導（ヘルパーや家人への指導も可）
- ・ 栄養補助食品、介護用食品の紹介、使用方法のアドバイス
- ・ その他、療養生活に関する様々な相談



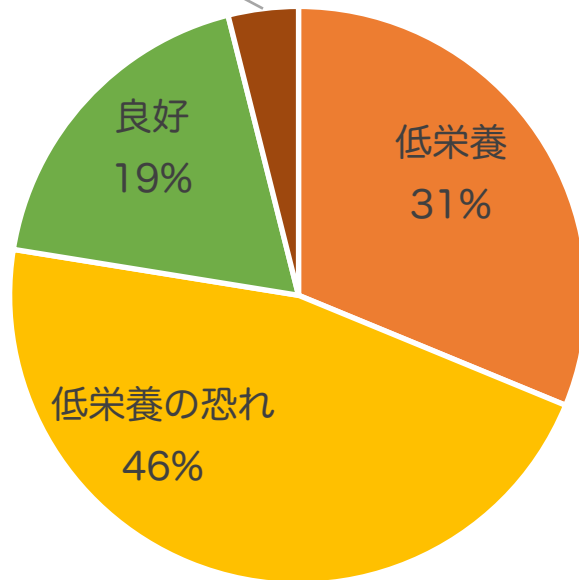
在宅療養患者の栄養状態

対象

在宅で診療または訪問対応した65歳以上の在宅療養患者993人
(男性384人、女性609人)

在宅患者の栄養状態

計測不可…



低栄養

低栄養の恐れ

→ 77.5%

低栄養が及ぼす影響

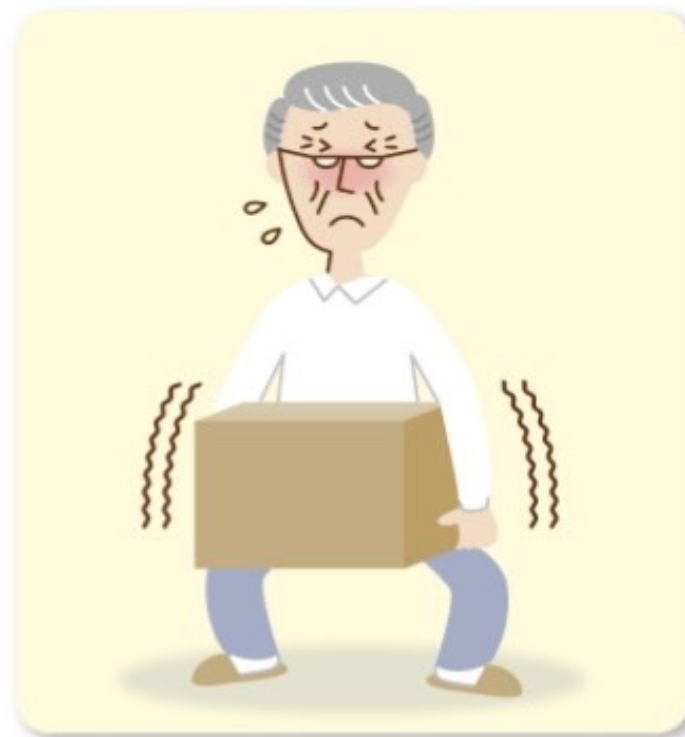
フレイル

「疲れやすい」・「歩きにくい」など



サルコペニア

「筋肉量減少」・「筋力低下」など

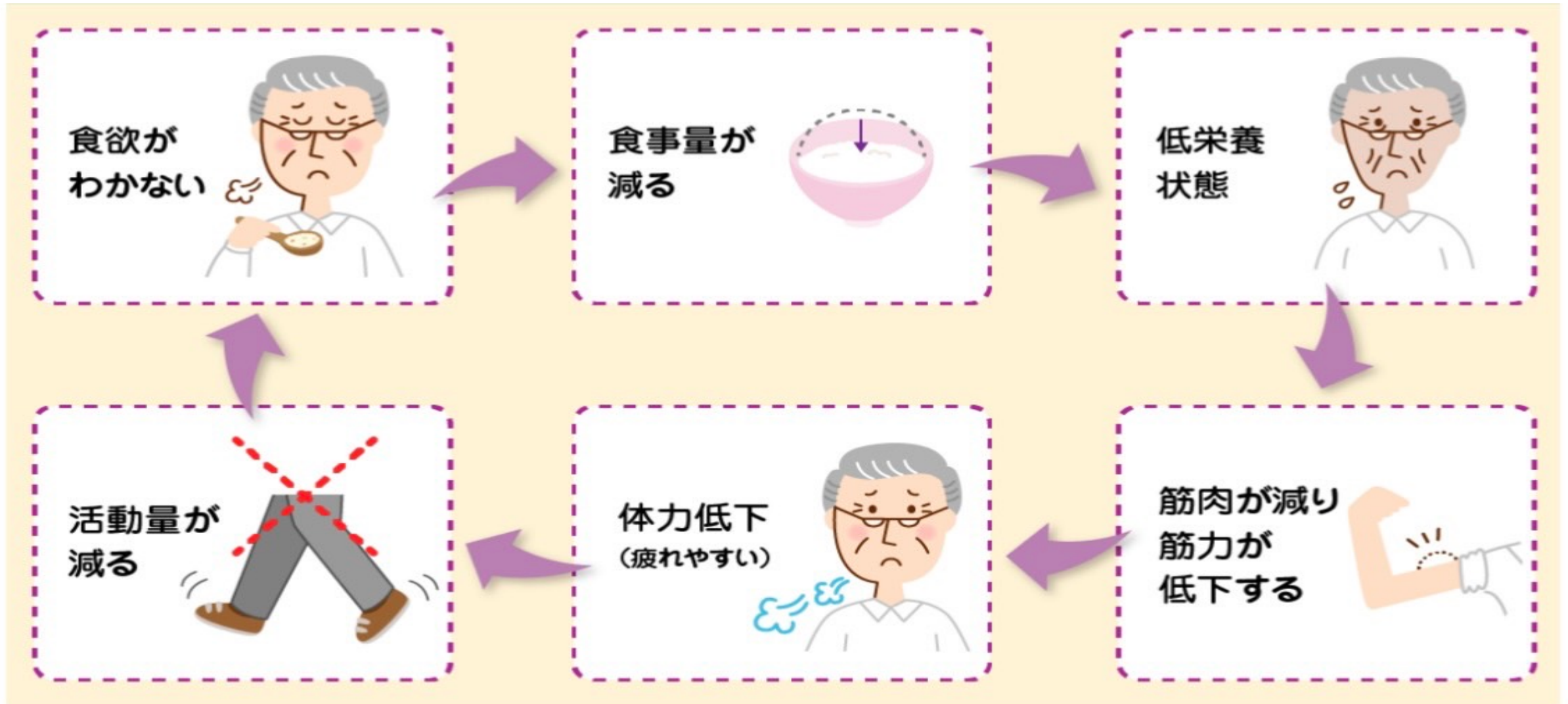


ロコモティブシンドローム

「変形性膝関節症」・「骨粗しょう症」など



悪循環を止める



管理栄養士が介入するメリット

- ・ 患者の満足度が上昇
- ・ QOLの向上、体重の増加
- ・ 専門家ならではの視点
- ・ 多職種との連携
- ・ 薬以外の選択肢
- ・ 新たな加算（在宅患者訪問食事指導加算）が取れる
- ・ 他の施設との差別化
- ・ 厚生労働省の動きとマッチする



実例紹介

概要

対象者

基礎疾患 糖尿病 糖尿病腎症 主訴 足のふらつき
脳梗塞発症後、徐々に腎機能が低下した84歳の独居男性

主介護者 ヘルパー

本人の在宅生活における希望 好きなものを食べて、できるだけ自宅で過ごしたい

情報提供書（医師の指示）

糖尿病に対する知識取得や食事療法の受け入れを中心に指導してほしい

食事名：糖尿病腎症食

エネルギー 1600kcal/日 たんぱく質30g/日 脂質50g/日

その他 塩分5g未満/日 水分1600ml/日



PES(P:栄養診断 E：関連要因 S：症状 兆候)

課題 1

腎機能は低下し始めたが (S)、食べ物・栄養関連の知識不足 (P)により、ヘルパーに好きなものを買ってきてもらって食べており、たんぱく質や塩分の摂りすぎである (E)

課題 2

脳梗塞の後遺症の影響で足のふらつきや軽度の障害があり (E)、買い物や料理が出来ず (S)、食事を準備する能力が障害されている (P)

栄養ケア計画

項目	内容	実施者	頻度
糖尿病腎症に対する病識の知識習得	ヘルパーにも同席してもらいヘルパーにも病態の説明や食事療法を説明	管理栄養士 医師 ケアマネ ヘルパー 患者	訪問時
食事改善の効果及び評価	食事記録等から患者の食事内容や摂取量を確認	管理栄養士 ヘルパー 患者	訪問時
定期的な検査データの評価	血液検査データの確認	管理栄養士 医師	月1回

目標

- ・ 結果目標
腎機能を維持させるために食事療法を実行し、いつまでも元気に過ごす
- ・ 行動目標
たんぱく質や食塩を制限しながらエネルギーを十分に摂りつつ、好きなものが食べられる方法を習得する
- ・ 学習目標
 - 1 病態や食事療法の必要性を理解する
 - 2 血液検査の結果を確認し、自分の生活を振り返る
- ・ 実施目標
低たんぱく質食品を利用し、食事療法を継続する



介入内容

訪問	形態・内容	本人・ヘルパーへの指導	多職種連携
1回目	自宅訪問 本人、ケアマネ	①アセスメントの結果と栄養ケア計画の説明 ②食事療法の重要性について説明	訪問介護記録より、 介入内容の確認
2回目	自宅訪問 本人、ケアマネ	腎機能が低下し始めたので糖尿病腎症に対する 食事療法の必要性和ポイントについて指導	訪問介護記録より、 介入内容の確認 ヘルパーより調理して いる献立の確認
3回目	自宅訪問 本人、ケアマネ ヘルパー	①低たんぱく特殊食品の紹介 ②ヘルパーへ低たんぱく食の調理指導	訪問介護記録より、 介入内容の確認 ケアマネより 金銭面の確認

低たんぱく食品例



ごはん・うどん、主菜、嗜好品と数多くの食品がある。
低たんぱく食品を用いて、楽しめる食生活を送れるようにサポート



結果



患者及びヘルパーは糖尿病腎症の食事療法を理解し、管理栄養士は低たんぱく質の献立を示し、ヘルパーは低たんぱく質の調理に努める。
また、患者も低たんぱく質食の必要性を理解し、治療に前向きになった。
主食は、低たんぱく質のごはんやうどんを利用し、副菜はヘルパーが調理食事療養を実行できた。
その結果、介入時腎機能の低下はあったが、クレアチニン値0.9 mg/dlから低下することなく腎機能も維持できた。

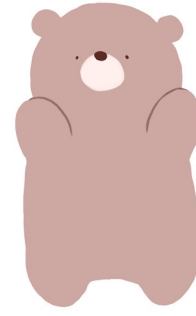
総合評価

患者だけではなく、調理担当ヘルパーに指導したことで、より食事療法が実行しやすくなり患者も適切な食事をしたことで腎機能を維持できた。
また、患者が希望する在宅生活が可能である。

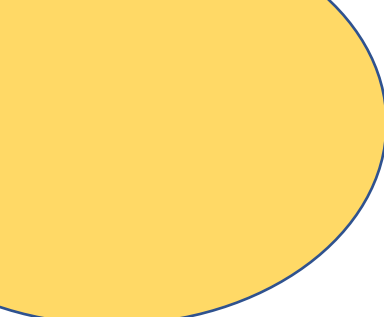
(参照：訪問栄養食事指導実践テキストブック)



利用の流れ



- ①主治医より診療情報提供書及び栄養指導指示書の受け取り
 - ②栄養ケア計画書作成・ケアマネジャー・訪問看護等と日程調整、情報収集
 - ③訪問栄養指導実施・栄養ケア計画書の説明・同意、アセスメント、栄養指導
 - ④報告書の作成・主治医・ケアマネジャーへ報告書を送付
 - ⑤身体状況の応じたモニタリング、定期的栄養指導（1～2回／月）
 - ⑥サービスの継続（栄養ケア計画書再作成）または指導終了
- ※⑥で継続される場合は、また②の項目からスタート



かかりつけ医

訪問栄養指導希望
相談・提案

栄養指導報告

診療情報提供書及び訪問
栄養指導指示書

訪問栄養指導希望
相談・提案



患者

訪問栄養指導希望
相談・提案

栄養ケア計画書同意

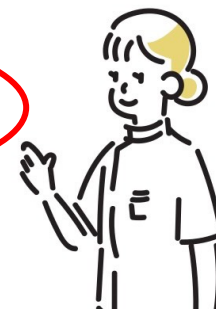
栄養ケア計画作成・
訪問栄養指導

患者情報共有

ケアマネ

管理栄養士

栄養ケア計画書・栄養指導報告



栄養食事指導の算定額

		居宅療養管理指導			在宅患者訪問食事指導		
要介護認定		あり			なし		
適用保険		介護保険			医療保険		
		単一建物居住者			単一建物居住者		
算定額		①1人	②2～9人	③10人以上	①1人	②2～9人	③10人以上
	I	544単位	486単位	443単位	530点	480点	440点
	II	524単位	466単位	423単位	510点	460点	420点

ご不明点、ご相談ありましたらお気軽にご連絡ください
管理栄養士 岡坂 麻愛 TEL090-5894-8993