

在宅チーム医療栄養管理研究会

～第3回大会 講演会・実践報告・討論会～



■日 時 2008年12月7日(日) 13:00～16:45

■場 所 社会福祉法人浴風会 高齢者認知症介護研究・研修センター2F

■プログラム

12:30～ 受付

13:00～13:10 開会の挨拶

13:10～14:40 基調講演

『なくてはならない存在 訪問栄養士への期待

～亀田総合病院在宅医療部での経験から～』

講師：亀田総合病院 地域医療支援部 小野沢滋氏

14:40～14:50 (休憩)

14:50～16:40 実践報告・討論会

『多領域にみる栄養ケアの実践 ～チーム連携とその効果を学ぶ～』

第1部 【実践報告】

1. 「肺炎後の低栄養を補助食品にて改善した一例」

西恋ヶ窪にんじんホーム 児山左弓氏

2. 「森の里病院 在宅チーム医療」

森の里病院 糸結花子氏

3. 「埼玉県和光市における訪問栄養活動の実態」

特定非営利活動法人ぼけっとステーション 山口はるみ氏

4. 「経口摂取のためのチーム医療-摂食・嚥下・胃瘻外来での現状」

前橋赤十字病院 摂食・嚥下・胃瘻外来、甲斐歯科医院 山川治氏

5. 「地域連携勉強会(多摩地区在宅NST)で栄養ケアを検討した結果と効果」

愛全園診療所・居宅療養管理指導 佐藤悦子氏

第2部 【討論会】

16:40～16:45

閉会の挨拶

【基調講演】なくてはならない存在 訪問栄養士への期待 ～亀田総合病院在宅医療部での経験から～

●亀田総合病院 在宅医療部部長 小野沢 滋 先生

目の前に太平洋を望む亀田総合病院は千葉県鴨川市にあり、地域医療支援部の診療圏は南房総全域(片道1時間以内の4市12町村)です。総合相談室はMSWとケアマネジャー、看護師からなり、退院の援助及び退院後のフォローを行う地域と病院をつなぐ架け橋であり、在宅医療部、訪問看護センターが在宅医療の提供を担っています。

栄養指導に関しては、1994年に総合内科にて栄養評価サービスが開始され、1996年にそのスタッフが在宅医療部に移行しました。以後、在宅医療部にて高齢者を対象とした栄養評価及び訪問栄養指導が開始され、通常業務となっています。

在宅医療の対象となる高齢者の場合、約3割が低栄養状態にあり、栄養評価、処方のみでは解決しない問題が多々あり、訪問栄養士自体が絶対的に不足しています。「食」はすべての基本。多くの栄養士に、栄養士にしかできないことを存分に発揮してくれるよう期待しています。



講師紹介

- 経歴：1990年 慈恵医科大学卒業、亀田総合病院初期研修医
1993年 亀田総合病院在宅医療部
1998年 日本在宅医学会幹事、在宅医療部部長
- 専門分野：在宅医療
- 興味のある分野：緩和医療、老人医療、臨床栄養、リハビリテーション
- 紹介を希望する疾患：在宅療養を希望され、他医療機関での対応が困難な方。
在宅での緩和医療が必要とされる方
- 一言：在宅医療を専門としていますが、広く内科系のプライマリケア、緩和医療に興味があります。
- 所属学会：日本在宅医学会 日本内科学会

【演題1】肺炎後の低栄養を補助食品にて改善した一例

●児山 左弓（管理栄養士）

【目的】 特養入所のAさん（97歳女性）が肺炎のため入院。1ヶ月半後に退院されたが体重が4.6kg 減少し、食事ほとんど摂取できない状態であった。Aさんは普段より偏食で気に入ったもの以外は口にしないが、退院直後は味覚に変化があり、それまで好んで食べられていた物ほとんど口に出来なくなっていた。この状態を改善するため、食べられる補助食品を選択することから栄養ケアマネジメントを開始した。

【経過】 退院後7日間の平均食事摂取量は21.7%（260kcal/日）、飲水量は540ml/日、食事を含めた水分摂取量は約700ml/日であった。何を食べても「まずい」としか言わず、主食・副食共に数口程度で食事を拒否することが多かった。もともと偏食であり好みのものは、あんこ類、いも類、粥、梅干などであったが、これらのどれも「まずい」とほとんど食べられず、新たに食べられるものを探す必要があった。試食を繰り返す中で甘めのミルクティーに「うまい」と反応したことから、乳児用粉ミルク（明治ステップ・9ヶ月からのフォローアップミルク）を補食として使用するに至った。

【結果】 入院により4.6kg減少し38kgだった体重は、1ヶ月後に40.3kgまで回復し、その後は食事摂取量も徐々に増加したことから、補食として使用していた乳児用粉ミルクとラコールの使用量を段階的に調節し、3ヶ月後に体重とADLを入院前とほぼ同じ状態まで回復させることができた。

【考察】 Aさんは四肢に硬縮や伸展、可動制限があり車椅子を使用している。以前より臀部に発赤があり、表皮剥離を繰り返すため早急に食事量を回復させる必要があった。また、偏食に加え食事には自分なりの流儀があるため食事介助に介入することは大変困難であったが、自ら好んで摂取できる補食を選択することにより早期に低栄養状態を改善することが可能となった。



演者連絡先

- 所属：社会福祉法人にんじんの会 西恋ヶ窪にんじんホーム
- 住所：国分寺市西恋ヶ窪 1-50-1
- TEL：042-300-6010 ■FAX：042-300-6016
- E-Mail：nishikoi_home@ninjin.or.jp

【演題2】森の里病院 在宅チーム医療

● 糸 結花子 (管理栄養士)

森の里病院は神奈川県厚木市に位置し、病床数 62 床の小さな病院だが、急性期で常に入院患者が入れ替わり、外来患者も多く、多忙な病院である。その中に訪問看護、訪問リハビリ、訪問栄養指導が配置されている。今回、胃瘻を造設している嚥下困難な患者で訪問看護師より依頼を受け、訪問栄養指導を開始し、管理栄養士がコーディネートして VF を医師、看護師、理学療法士とともに嚥下評価した。その後、嚥下機能向上プログラムを作成し、訪問看護師、訪問リハの理学療法士、訪問栄養指導の管理栄養士で(以下在宅チーム)訪問時必ず嚥下機能向上プログラムに沿って実施し、3ヵ月後に再度 VF 評価を行い嚥下機能に改善がみられたので報告する。

【目的】胃瘻を造設し、嚥下困難な患者だが、口から食べたいという本人、家族の希望を踏まえ、在宅チームで嚥下機能向上プログラムを実施し、嚥下機能を少しでも向上させ、口から食べられるようにする。

【経過】 <主たる傷病名> #1 脳出血後遺症(左被殻) #2 糖尿病 #3 アルコール性肝硬変 <既往歴> 陳旧性肺結核 <現病歴> 2007 年 3 月 22 日発症。病院にて OPE しその後転院。同年 6 月 27 日胃瘻造設。退院後当院訪問看護、訪問リハビリ、訪問栄養指導導入。 <サービス> 訪問看護(2 回/W)、訪問リハビリ(2 回/W)、訪問栄養指導(2 回/M)、訪問入浴(2 回/W)

2008 年 6 月 11 日、訪問看護師より訪問栄養指導の依頼を受け、訪問看護師とともに嚥下評価を行った。同年 7 月 18 日、医師に VF を依頼し、嚥下機能の状態を確認後在宅チームで協議し、同年 7 月 30 日に嚥下機能向上プログラムを作成、実施。同年 10 月 15 日再度医師に VF を依頼し、再評価した。

【結果】在宅チームによる 3 ヶ月間の集中した嚥下機能向上プログラムを実施することによって今までまったく口から食べられなかったが、楽しみ程度の食品が食べられるようになった。

【考察】

1. 今回の実施内容は、森の里病院在宅チームでの機能の 1 つとなると考えられる。
2. 3 ヶ月間という短期間で患者の嚥下状態が改善されたのは在宅チームの連携が重要である。
3. 嚥下機能向上プログラム作成にあたり患者の状態でプログラムを変更する必要がある。



演者連絡先

- 所属: 医療法人 鉄蕉会 森の里病院 栄養室
- 住所: 〒243-0122 神奈川県厚木市森の里 3-1-1
- TEL: 046-247-2121 ■ FAX: 046-247-1641
- E-Mail: yuka-k@ayu.ne.jp

【演題3】 埼玉県和光市における訪問栄養活動の実態

●山口 はるみ（管理栄養士）

【目的】 H18 年、埼玉県和光市は独自の地域支援事業として、訪問での栄養マネジメント業務が開始された。介護予防では、特定高齢者対象の低栄養のみの対象となるが、和光市は、低栄養に限らず、糖尿病、腎臓病など生活習慣病の食改善も介護予防で行うべきであると考え、対象者も要介護者、要支援者、特定高齢者、一般高齢者も対象とし、介護予防の運動・栄養・口腔の 1 部門として、訪問栄養活動が行えるようになった。

【経過】 管理栄養士を常勤で 4 名、登録で 16 名配置し、現在月平均 35 人の対象者の訪問を行っている。対象者 1 人に対し、月 1、2 回、約 3～6 ヶ月の介入である。包括支援センターやケアマネージャーにより、食生活の改善が介護予防プランにくみこまれ、和光市の承諾を得て、訪問栄養の介入となる。まず、計画作成者と同行訪問し、栄養アセスメントをとり、対象者と栄養計画をたて、栄養相談の開始となる。対象者に合った資料などを作成し提供したり、食生活が改善する方法を実行し記録させたりあらゆる手をつくし、改善の方向へつなげる。また、主治医や病院栄養士と連携したり、ヘルパーや家族の指導も行う。モニタリングや評価書も作成し、市の会議にも参加した。

【結果】 体重コントロールとして、7 割は改善された。食生活の改善から、糖尿病 HbA1c の改善、腎臓病の透析への阻止から便秘解消、貧血改善、食欲向上などにつなげた。その指標として、ステージ分類し、無関心期、関心期から実行期へと改善され、食生活の改善だけではなく、生活の向上につながったケースが多くみられた。前年度、栄養事業としての収入は、訪問栄養で 350 万円、通所で 50 万円、あわせて 400 万円にはなったが、栄養士だけでは事業経営は難しい。

【考察】 主治医からの指導や病院の栄養指導を受けたとしても、帰宅するとほとんど生かされていない状況が多い中、栄養士が生活に入り込み、間違った解釈の訂正やその人に合ったやりかたを一緒に考えていくことにより、対象者の生活自体も良い方向に向かっていくケースを多く体験できる。また、改善された生活を継続していけるよう、経過を追っていける活動ができるので、多くのケースをこなし、失敗や反省を繰り返しながら、訪問栄養士として経験を積んでいこうと思っている。



演者連絡先

- 所属：特定非営利活動法人ぽけっとステーション
- 住所：埼玉県和光市丸山台 1-8-4 中村コーポ 106
- TEL：048-465-8833 ■FAX：048-465-8838
- E-Mail：n-poke184@nifty.com

【演題4】 前橋赤十字病院における地域連携への取り組み — 摂食・嚥下・胃瘻外来を中心に —

●山川 治(歯科医師)

【目的】 当院では、2006年4月に摂食・嚥下・胃瘻外来を開設し、外来患者を初め、在宅患者に対する訪問を始めた。今回、当院における地域連携への取り組みを摂食・嚥下・胃瘻外来を中心に報告する。

【対象と方法】 2006年4月から2007年9月に、摂食・嚥下・胃瘻外来を受診した202例を対象とした。方法は、基礎疾患、受診理由、指導内容、外来受診前後の栄養管理の変化と患者の転帰を検討した。

【結果】 受診202例の内訳は、在宅や他施設からの受診者が91例(うち外来81例、訪問10例)、院内の入院患者が111例であった。前者の基礎疾患は、先天性疾患が73例と最も多く、その他は食道癌術後や脳疾患による嚥下障害で、うち胃瘻患者は6例であった。受診理由は、VFによる評価と栄養評価が最も多く、指導内容は食事方法の指導や食形態の調整が多かった。摂食・嚥下能力グレードは全例が経口摂取例であった。

後者の基礎疾患は、脳疾患が41例と最も多く、消化器疾患28例、呼吸器疾患14例、整形疾患8例などであった。受診理由は、VFを含めた嚥下評価が31例で、評価に基づいた食形態の調整や詳細な訓練内容の指導を、本人と家族や病棟看護師に行った。栄養管理法は、受診前は、EN例が36例、EN+経口例が59例、経口摂取例が84例で、受診後は各々12例、44例、123例と経口摂取例が著明に増加した。退院先は、転院が63例、施設が3例、自宅が21例であった。

【考察および結論】 摂食・嚥下・胃瘻外来開設後の取り組みについて報告した。外来受診後は著明に経口摂取例が増加したが、安全な食事方法の継続や食事形態の調節などの摂食機能療法を含めた地域全体での栄養ケアマネジメントの標準化が必要なため、地域全体で統一なパスを作成中である。今後も更に活動を充実させ、より効果的で質の高い地域連携を目指したい。



演者連絡先

- 所属: 甲斐歯科医院 前橋赤十字病院 摂食・嚥下・胃瘻外来
- 住所: 東京都杉並区永福 2-53-9
- TEL: 03-3324-6661 ■FAX: 03-3324-6661
- E-Mail: dentist1.osamu@nifty.com

【演題5】地域連携勉強会(多摩在宅 NST)で栄養ケアを検討した結果と効果

●佐藤 悦子(管理栄養士)

【はじめに】 来春67歳になる私は、病院栄養士23年間、福祉管理栄養士17年、通所管理者7年の経歴を生かしながら、今後の人生を「在宅栄養」「地域活動」に携わっていききたいという夢を常々持っていた。その実現のためには自己のスキルアップが必要と思い立ち、この夏「鶴巻温泉病院」で研修の機会が得られ「病院 NST」への参加など貴重な体験をさせていただき多くのものを吸収することが出来た。この場を借りて御礼申し上げる。病院の栄養サポートチームが多職種協働で患者本位に展開して行く様に触れ、在宅で療養されている高齢者に対しても「管理栄養士が行う居宅療養管理指導」の症例を通して「多摩在宅 NST」の連携の中で、多職種の貴重な意見を期待できるのではないかと思い症例検討会を行った。その結果と効果を報告する。

【目的】 短時間で多職種の意見がもらえることを目的として、利用者情報を①健康上の問題、②薬剤・検査結果上の問題、③栄養上の問題、④接触嚥下上の問題に分けて記し、検討事項を提議した。

【経過】 「管理栄養士が行う居宅療養管理指導」は、要支援、要介護の単位外で行われるサービスのためにサービス担当者会議の仲間に入れてもらえる地域とそうでない地域がある。この症例は、サービス担当者会議、在宅チーム医療栄養管理研究会における症例検討、多摩在宅 NST での症例検討を通して多職種の意見をいただきながら栄養ケアが進んでいる。

方法は、栄養アセスメントで課題を抽出し①患者の状況(身体状況、主病名、既往歴)②本人および家族の意向、③家族状況、④管理栄養士の役割、⑤栄養ケアプランを示しながら症例検討を展開させた。

【結果と効果】 各専門家が利用者に関わらないで情報提供だけで意見を述べて行くことは難しいことだと思う。訪問サービスを行っている関係職種で行うサービス担当者会議は、家族、主治の医師、看護師、ケアマネジャー、訪問介護士、訪問入浴介護士、管理栄養士が出席する会議であった。多職種が管理栄養士は何をする人という視点で望まれたため、一方的な栄養相談の手法の説明に終わったしまった事を残念に思う。在宅チーム医療栄養管理研究会や多摩在宅 NST の症例検討会では一味違い、同業の管理栄養士は効果的な栄養相談の手法について、医師は栄養供給・補給について、外来受診時の検査について、看護師は体位交換や薬投与の問題、理学療法士は健足と麻痺足の同時訓練について、歯科医師は病状と口腔の発達について、薬剤師はお薬お助けマン制度について、などなど管理栄養士単独では考えが及ばない意見を授かった。

【考察】 居宅療養管理指導の中での管理栄養士の役割は、①栄養状態の判定者、②個々人の生活を考えた療養食法の支援者、③食事作成・食事介助者が安心して実施できる相談役、④ターミナル患者家族への苦痛の共有者、⑤利用者に応じた食習慣改善支援者、⑥食育推進者などに大きく分けられる。管理栄養士が社会に貢献できる仕事として居宅療養管理指導を確立するためには、多職種協働による意見交換や症例検討が日常的に行われるシステムの構築が急務であることを強く感じる。



演者連絡先

- 所属: 社会福祉法人同胞互助会 愛全診療所・居宅療養管理指導
- 住所: 〒196-0014 東京都昭島市田中町 2-25-3
- TEL: 090-1662-1253 ■FAX: 042-546-7791
- E-Mail: e-sato@mxm.mesh.ne.jp e-satou@doho-gojoyokai.com