



在宅チーム医療栄養管理研究会

10周年記念研究会 議事録

～議事録～

■ 日時 平成22年10月10日（日曜日）14:00～17:00

■ 場所 伊香保温泉ホテル天坊 烏帽子

■ 参加人数 会員 20名・非会員 7名 合計27名

■ 記録 米山

研究会内容

1. パネルディスカッション

「在宅チーム医療栄養管理研究会10周年を振り返ってそして今後の展望」

2. 講演

「群馬での栄養ケアの取り組み」 甲斐歯科医院 院長 山川 治 先生

議事

1 佐藤代表挨拶

富山県立短期大学で高齢者の研究と発表を行った際、塚田先生とご一緒し、管理栄養士を在宅に進出させたく、何か会を作れないかと塚田先生にお話しし、その後大塚製薬さんの協力も得て、発起会を立川の大塚製薬さんで行った10年前の10名のメンバーから、現在もずっと続いているというのは皆様のお力のたまものではないかと思っている。10年経ち、ひと世代終わり一つの形を残したと思う。これを次の世代に引き継いで新しい知識や感覚で、新しい会を立ち上げていき二代目三代目と続くことを祈りながら、この度は山川先生に色々なことをお願いして素晴らしい会ができそうなので、楽しみにしている。ざっくばらんに、会場が顔が見える形のため意見を出し合い、管理栄養士がどんどん在宅に進出できるような土台を作るために一つのステップになればいいと思い、研究会をいたしました。どうぞ、よろしく申し上げます。

2 自己紹介

初めて参加した方は、所属と氏名を含む自己紹介。それ以外は、簡単な自己紹介を行う。

3 パネルディスカッション

「在宅チーム医療栄養管理研究会10周年を振り返ってそして今後の展望」

内田 : 在宅に栄養士を進出させるために何が問題なのか、厚生労働省に何か上申することがあるかなど、活発なご意見をお願いします。

山川 : 今年9月に新潟で行われた日本摂食・嚥下リハビリテーション学会学術大会で嚥下食の正式名が決定し、嚥下調整食、または嚥下食となる。また、2年後より療養食の中に加算される予定だが点数などは未定。また、指示の評価票は嚥下ピラミッドを基準にすることに学会で大体決まっている。

佐藤 : 医療にも全部入ることになるのか。

山川 : 入ります。正式名は、嚥下調整食ですが、嚥下食。ソフト食はどのようにするか決まっていらないが、ソフト食も嚥下食として統一する動き。

内田 : パワーポイントを用いて発表する方発表をお願いします。

3.1 「在宅の栄養指導の今まで」 中村 育子 先生 (パワーポイント使用)

中村: 来年の1月23日に訪栄研とこちらの研究会と一緒に共催で一度研究会を開く予定で、訪栄研の栄養士は皆若い管理栄養士が多いので、皆さんと一緒に色々な症例を検討みたいと考えている。訪栄研の方でも、現在色々な動きがあるため皆さんと一緒に見ていきたいと思う。訪栄研でも、いろいろな調査をしているが、なかなか訪問に結び付かない、在宅における管理栄養士の雇用が少ない、ケアマネなどへの他職種への認知度が低いことなどもある。また、訪栄研はほとんどが管理栄養士であるが、こちらの会では他職種の視点からご意見があるのでとてもいいと思う。なかなか認知度が低いことなどが原因で訪問件数が低迷している状態と考えられる。

現在は、入院在院日数の短縮化などにより、急性期やターミナルの患者も増えている現状がある。在宅部に所属し、一日中訪問に回っているが、以前は慢性疾患の方が多かったが最近では、急性期やターミナルの患者さまも増えてきており、今後どのようにしていくか、という事がある。また、在宅高齢者が今後増えると事や、在宅訪問栄養指導が他職種と連携することにより疾病の治療に効果がある、という事でもっと訪問しやすいシステムにすべきであると考えられる。

日本栄養士会の動向は、昨年度、介護予防事業の研修の講師を日本栄養士会より依頼され、1年間行ってきたが、特定高齢者の介護予防の栄養改善事業を2年間やっていた事と、在宅をよくわかっているためだと思われる。今年も引き続き行っている。現在は日本栄養士会と繋がりができている。今年の9月に全国栄養士大会が行われたが、日本栄養士会の研修部長の同志社大学の小松先生が、現在特定分野認定制度が3つあるが、平成23年に在宅訪問栄養指導を4番目の認定制度にしたいとの話があった。訪栄研の方では、この制度の研修プログラムを作成する予定だが、これから作成するに当たり、訪栄研は管理栄養士が多い会なので、恐らくこちらの会の皆さまと、研究会の研修プログラムを作成していく予定。また、講師の依頼なども今後出てくると思う。

厚生労働省との話し合いとしては、全国栄養士大会時に、中村丁次先生より厚労省の健康局総務課 生活習慣病対策室の方の紹介があり、1時間ほどの陳情する機会があったが、

医療保険、介護保険共に在宅訪問栄養指導を増やしていきたいと考えているとのことだった。問題点として、通院困難な方はいるが、通所においては、現在介護度5の方でも通所しているため、一体どのような方が対象になるのか、という問題や、他の医療機関にかかっている患者さまについては、訪問看護ステーションの場合はかかりつけ医と明記してあるが、管理栄養士の居宅療養管理指導の方は特に明記が無く、管理栄養士の所属する医師が指示箋を出すのか、患者のかかっているかかりつけ医が指示箋を出すのかなどが問題になっている。ある都道府県では、管理栄養士の所属する医師ではなく、患者のかかりつけ医が出した場合、ダメだといわれることが多い。早急に改善をお願いした。

今後、在宅栄養指導を広げるために、という事で、日本栄養士会の特定分野認定制度において、在宅に出るための管理栄養士の教育を強化していかないと、在宅に出られる栄養士がどれくらいいるのかを日本栄養士会に確認し、あまり数が多くない場合には認定制度は改訂しないとのこと。

在宅訪問栄養指導の効果のアピールについては、訪栄研の方は日本栄養士会の助成を受けて論文を作成している。在宅栄養指導の効果として介入している最中だが、作成し他職種にアピールすることを目的としている。

これから特定分野認定制度において在宅訪問栄養指導を行う管理栄養士の育成を行うが、研修プログラムを作成するにあたり、日本栄養士会からは在宅訪問管理栄養士の理想像を作り、その人物になるにはどのような研修が必要なのかを考えるようにと言われている。いろいろな職域の方にもお聞きしたいと思っているので、みなさんのご意見を是非お聞かせ下さい。

佐藤：愛全園診療所では、居宅療養管理指導事業所を持っており開業医の先生にかかっている患者さんをお願いされる時には、指示を書くのは医師であればいいため、利用者さんのかかりつけ医に指示をしてもらい、報告書をあげる形をとっているが、それが認められない場合が多いということか。

中村：その通りです。東京都の方に確認すると、ダメです、という返事が返ってくるとのこと。

佐藤：東京都に行って確認すると、1時間2時間調べて、待つて下さいという状況のため、やりやすい形で行い東京都の方に効果を訴えていって効率よくやっていくと法律も変わるのではないかと考える。

中村：私自身は、在宅部に所属しているため、地域にも見えて理解してもらっているが、開業医の医師が地域で訪問栄養指導を行っている管理栄養士に依頼する場合など、九州の福岡でもダメだと言われたと聞いている。各都道府県に聞くと、最近はダメだと言われるとのこと。この件を、厚労省の方に確認したところ、管理栄養士の居宅療養管理指導の一文を読むと、患者さんのかかりつけ医に指示を出してもらおうように書いてはいないが、そういう風にみるのが普通ではないか、との事だった。しかし、都道府県の方ではダメだと言っているため、そのあたりは問題ではないかと陳情した。

塚田：私のクリニックでも行っており、管理栄養士の届け出はしっかり行っているが、恐らく問題になっているケースは、フリーの管理栄養士などが行う場合で、クリニックと契約を交わしていれば、530点の請求もでき、また指導料の点数の請求もできるが、どこかの管理栄養士が行っているのか、職員もいないのに架空請求しているのではないかと、という形も考えられるのでそのように言われているのではないかと考える。

中村：やはり契約の本当に雇っているのか雇っていないのか、という問題と、届け出の問題があいまいになっているとよくない、と言えるのかもしれない。

塚田：雇用している人の届け出は毎年行うが、これはしっかり行わなければいけないと思う。

4.2 「これから忍び寄ってくる高齢者の低栄養の危機」佐藤 悦子 先生

(パワーポイント使用)

佐藤：結局、今問題になるのは在宅に栄養士が出たい、需要があるというのは理解しているが、法律上のしぼりでなかなかうまくいかない。この点は、訪栄研や在宅チーム医療で意見をまとめ厚労省へ訴えて制度をかえてもらわなければならない。在宅には需要があるのだ、というところだけ理解しておいていただければ良いと思う。

また、研修システムについては、むやみに研修するのではなく、在宅にはどのような患者様がいるのかということもしっかり踏まえなくてははいけない。外来の栄養指導に行ける人を除いて考えると、一番多いのがターミナルケアのところ。2、3年前から見なくてはならないのが低栄養の部分。また見なくてはならないのは、入口のところでケアマネや訪問看護師と連携し、今現在食事が確保できない状態であるがどうしたらよいのか、と医師なども考えている際には栄養士が任せてください、という体制で連携をとり進めていくなど、研修には実践的な内容が必要と考える。

どのような症例があるのか、ざっと見せていく。

高齢になれば、歯がガクガクなど食べられないものが増えてくる、そして食べられないものをどんどん省いていってしまうと固定した食べ物になり、また量がどんどん少なくなっていく。徐々に少なくなっていくため、本人も家族も気がつかない事がある。ひどい時には40Kgの体重が20Kg代になって栄養士につながることがある。そのため、早いうちから高齢者、特に70歳を過ぎたら高齢者というのはへたすると低栄養になる恐れがあるため、自分の栄養付加食品くらいは知っておかなくてはならない。次の症例は、介護拒否。家族は介護拒否とは思わない。この方は寝たきりの方だが、介護拒否というのは若い頃、お嫁さんと何かトラブルがありお嫁さんは一切介護しない。しかし息子さんが自分の母親の為、介護をしているが、働いているため仕事に行く前に朝ご飯を食べさせて、帰宅後またご飯を食べさせている。昼食はヘルパーさんをお願いしている状況。前年度までは家事援助、家族がいるときにはあれこれヘルパーがつくってはいけなとか、そのような法律ができたということで、3年間は朝食と夕食には寝て食べられるおにぎりや牛乳を食べている状況だった。ケアマネージャーさんが介護拒否ではないか、と悩まれて栄養士につながって来たケースで改善を少しずつ行っている状況。

次の症例は、頭はしっかりしている人だが脳梗塞の後遺症が残っている方で、リハビリのPTが来た時には歩行訓練を行うが、ほとんど寝たきりの日中独居の方。子供にも孫にも迷惑をかけているという気持ちで、自分でできることだけしかしない、という方で、この方はやわらかいパン、カステラパンと牛乳のみ。歯科医師と組んで介入し、嚥下の状況などみながら食べられる物を考えており、また医師と連携をとりエンシュアを出してもらい

全身状況をあげ一步一步改善している方で、このような人が栄養士が必要となる人。

次の症例は、家族が全く認知に気がつかないケースで、料理が大好きなお母さんで面倒見がとても良いお母さんだったが、現在料理ができなくなり、なにもできなくなってしまった状態を息子さんが受け入れられない状況。認知が始まった時点で、本人が不安になったりした際に、時々しか来ない息子さんでは認知がキャッチできず、またヘルパーも依頼した事しかしらないヘルパーのため、食べられないのであれば食べることをしてもいいのではないかと思うが、それはダメだということで、このような状況で栄養士につながって来たケース。

一つ嚥下障害についても紹介する。肺がんの方で手術は一カ月かかり成功し、自宅に帰り食事に関して家族が怖がってしまい、ヘルパーをお願いして、やわらかいシチューなどを食べさせていた。しかし、栄養士が介入した際には、ゴロゴロいっており、本当に食べさせていいのか確認したところ、何でも食べていいと言われたとのことだったのだが、この方は私自身が徹底的に嚥下の勉強をしなくてはならないと考えたきっかけになった方だったが、介入した後9時間後に窒息死で亡くなってしまった。このケースからもわかるように、退院時指導というのは本当に大切に、家族にだけ、何でも食べてもいいよ、というのではなくケアマネージャーでも誰でもいいので、専門職がついて行き、摂食嚥下の状況はこういう状況なのでなどの説明をしてもらう必要性が考えられる。このケースに関しては、家族に対しての説明は、食べられるものは何でも食べていいよ、との話ではなかったのではないかと考えている。

難しい摂食嚥下は栄養士だけでは観察はできない。実際のヘルパー、歯科医師、歯科衛生士などにも見てもらい、栄養士は適切な食事形態、スプーンの使い方、エプロンの仕方、足がつかない状態で食べさせているなどを見なくてはならないため、これはチームでやらなくてはならないと考えられる。効果と言う事を誰にでもわかるように関わっている職種の方に一目瞭然でわかるように報告をして協力を得ている。以上です。

塚田：在宅を見ていて思うのが、嚥下評価と食事形態が直結したものがなく、嚥下ピラミッドと食事形態というのを結びつけて考えるのは難しいと考えるが。

児山：嚥下ピラミッドは理論としては解りやすいが実際食事を作るとなると、その実際の物性は家などでは測れないため、大体このあたりだろうということで、はっきりと把握できないのが現状だと思われる。いろいろなケースより、ゼリー食、ムース食がいいといっても、全ての食材がそのような形で食べられるわけでもなく、極端な話やわらかいものは溜め込んでしまいが、少し固いものだと食べられる、しかし、もっと固いと食べられないなどストライクゾーンものすごく狭い方など、いろいろいるので基本は嚥下調整食ということで、嚥下食ピラミッドで区分されるのは基準として必要だと思うが、実際の現場で適用となるとぴったりここにはまるというような区分けの仕方は難しいと考えられる。

佐藤：5段階の口腔期の段階に、どういう障害があったときにどういう症状が出るというようなチェック表を作っておいて、そこへチェックをして、今はこのような食事が食べられる、というデータを出しておき、歯科医師、歯科衛生士、STさんたちと共に食形態の決定をしないととても難しいと思われる。

川戸：嚥下ピラミッドのなかでも、この食品はこのレベルでもいいが、他の食品に関してはもっと下のレベルにした方がいいなど、その日の状態や食品によっても違うため、がちりはめ込む形は難しいと思われる。在宅では特にアバウトに言ってこななければならない

事もあるが、嚥下ピラミッドのどのあたりの食品が適切か現場の栄養士が判断するしかないと考えられる。書類的には、ここにはめ込むという形を決めることはあるかもしれないが、現場的には少し応用編という形での対応が必要と考えられる。

塚田：恐らく、これは管理栄養士と一部の看護師は理解できるかもしれないが、医師は理解できないし訪問看護師も多分理解できないと考えられ、そのような誰も理解できないようなものを在宅に持ち込んでもらうのはとても困る。その点、私が今いいなと思っているのは、五島先生の口の問題、喉の問題というのを4分割して評価するスケールのものは他職種も理解できるものと考えられる。他職種が理解できるもの、ということ念頭に考えていただきたいと思う。

牧田：それ以前の問題で、在宅チーム医療で作成した本の中のスリーステップのような簡易に評価できるものを利用し、栄養士に相談する形をとるのもいいのでは、と考える。

内田：病院でも、嚥下食の基準はいくつか作るが、最終的には個別対応になり、それぞれに微調整が必要となり、病院の管理栄養士に相談する形となっている。実際に現場で対応している方の意見をお願いします。

山口：未熟な部分もあり、私達が訪問に行くときには、そばに口腔ステーションがあるため一緒に訪問し、個別個別で対応していく形となっている。栄養士だけで判断するのは、やはり難しいと考える。

野島：実際に関わっているのは、介護予防の方が多いため嚥下困難な方のケースはあまり多くはないが、先日関わった中でやはり一人ひとりパターンは決められず、これは好きだからこの形で大丈夫だがそれ以外は他の形態ではないと、どうしても飲み込みづらい、という事などあり、ご家族の方と色々ご相談しながら食べられる物を検討しながら食べていただかないと体重は上がっていかず、食べたい気持ちはあるが食べられない状況などを一緒に考えていく、ということがとても大切だと思った。

内田：他職種の看護師、歯科衛生士など意見はないか。

堀：五島先生のところから出ているものを少し説明すると、噛める噛めないというのと、飲める飲めないという、その区分けの4分割で行うもの。口腔と嚥下の状況を見て、飲める飲めない噛める噛めないで表にして横軸と縦軸で4つのパターンに分けて区分けし評価するもの。

内田：ありがとうございました。次の方をお願いします。

4. 3 「栄養療法はすべての治療法の基本」 福永 善一 先生

(パワーポイント使用)

福永：一番初めに佐藤先生から声がかかった際は、この会がスタートする前だったが、ついこの間の事のように感じられる。その時には、在宅医療プロジェクトのリーダーをしていたが、今は外れているため今現在は個人としての参加である。当時、在宅で何かやりたいて考えていて行ったのが OS1。その当時はいろいろ反発があったが、今年は特に熱中症も多かったこともあり、私も信じられないが今年は品切れとなった。そういう意味では、この会のお陰かなという風に思っている。

昔外科で研修を受けた経験があるが、在宅であるとより難しいのではないかと考える。このスライドは、在宅医療を行っている医師のもので、在宅医療の医師が栄養士さんに対してこういう事が問題なのだという事を挙げた内容のスライドであり、栄養はとても大事だということで、私自身外科病棟でその事はとても強く感じた。

在宅における高齢者についてだが、障害、認知症の方も増えているが、適切な食品が摂れていないなどの問題がある。また、栄養療法についての理解力がスタッフがあまりなく、また医師、看護師、ヘルパーなどはどのようなことをしてくれる職種の間かわかるが栄養士は何をしてしてくれる人なのか、あまり理解されていない。

栄養療法については、地域における栄養ケアネットワーク、栄養療法に関する情報発信センターというようなものも以前から言われているが、知識の向上は行われているが、知識だけでは意味が無く、目の前の地域の患者に対して役立つスキル、情報、ノウハウを持つ必要があり、そのようなものをきちんと整理する必要がある。また、職種間でのマニュアルが必要であるという事。病院の中ではNSTのような体制もあり情報共有できる形ができてきているが、在宅ではそうはいかないということがある。

特に言いたいのは、専門的なスキルの形と人材育成。その仕組みづくりだが、従来の知識だけの教育ではなくスキルアップにつながる教育の必要性が考えられる。

老化のプロセスについての理解も必要である。高齢者はみんな同じ考えてしまう事が多いが、前期高齢者と後期高齢者とは全然違い、分けて考える必要がある。例えば、塩分については私のような場合は塩分を控えなくてはならないが、後期高齢者の低栄養の患者については塩分結合の低ナトリウム性の脱水を起こす。ターミナルについては、また他の問題が出てくる。そこをきちんと理解しシステムを作らなくてはならない。

教育がとても大切だが、一人で行うのではなくアメリカなどでは行われているグループ学習という形が大事なのではないかと考える。現場と密着した学習が大切だということ。そのような事を通して、在宅で活躍できる栄養士が増えると考えられる。また在宅関係では、530点しかとれないため、特に利益収入の部分も考えなくてはならないが、流通関係も利用しつつ利益を考えてもいいのではないかと考える。

内田：ありがとうございました。最後に、市原先生から教育の立場からの意見を申し上げます。

4. 4 「高齢化の現状について」 市原 幸文 先生（配布資料あり）

市原：高齢化は目の前に来ている現状がある、という事を資料を参照しながら、主に数値について確認及び説明。（別紙参照）

以上