



## 第13回在宅チーム医療栄養管理研究会推進フォーラム 2018

～実践的な在宅チーム医療・栄養ケアの取組み～ 報告

■日時：平成30年9月2日（日） 13:00～17:00

■場所：東京家政学院大学 3階 1303教室

■参加人数：33名

総合司会：副代表 増田稔（順天堂大学医学部附属順天堂医院）

■代表挨拶 13:00～13:05

在宅チーム医療栄養管理研究会代表 村上奈央子（地域栄養サポート自由が丘）



■講演 1部 13:05～14:35

座長 蓮村幸允（特別養護老人ホーム愛全園 理事長）

講演1、医師の立場から ～在宅栄養ケアのために多職種で何ができるのか～

講師：遠矢純一郎（桜新町アーバンクリニック在宅医療部）

世田谷区に2009年開設の常に医師と看護師がペアで往診する24時間型の在宅療養支援診療所。常勤医師10名、看護師13名、薬剤師、作業療法士、管理栄養士、MSW、ケアマネ各1名の構成。患者数は420名（内施設100名）、新規在宅患者の40%が末期がん、年間120名が亡くなられ、在宅看取りは91%。

日本の高齢化は世界に類をみない速さで進んでいるが、在宅では慢性的な低栄養が潜在し、それに伴う身体活動や社会参加の低下がフレイルを招いている。又、日本は諸外国の中で社会的孤立の割合が高い。

健康で自立した人生100年を迎えるためには、今迄の高齢者へ対する考え方を変える必要がある。高齢者こそしっかり口から食べ、エネルギーやたんぱく質を取り、少し太目のBMI27位で活動する事が大切。高齢者のやせ（低栄養）は慢性期病床で4割、在宅で3割、要介護度が高いほど増え短命に繋がる。入院中の低栄養は退院後の予後に関係するので食事は重要（安易な絶食に注意）。

施設や病院の入所者が日常生活で一番楽しいことは、家族の訪問や行事をぬいて、1位は食事（約50%）。いのちの基本である“食べる”を続けるためには、要介護者の死亡原因第1位の肺炎（誤嚥性肺炎）は食事が危険ではないことを認識し、口腔ケア（清潔保持と嚥下訓練）の指導・体制作りと、摂食機能に応じた食事（形態と栄養）の支援が重要。

高齢者の低栄養は、社会的・精神的・心理的・加齢・疾患等の要因の他に、不適切な食形態、栄養に対する誤認識、医療者の誤った指導もあり、改善困難な原因も多い。低栄養は単独で大きなリスクとなり、こわいの病気より衰弱。健康寿命の延伸には早期からのフレイル予防（栄養・身体活動・社会参加）が大切である。

色々なデータに基づいたお話と、（神経難病）（アルツハイマー型認知症）の女性に管理栄養士、訪問看護師、ヘルパーやリハビリ等の多職種介入で効果的な支援に繋がった症例を紹介いただいた。

講演2、ケアマネジャーの立場から ～在宅栄養ケアのために多職種で何ができるのか～

講師：渡辺孝行（たから居宅介護支援 主任介護支援専門員）

ケアマネジャーの役割は、支援が必要な人やその家族等からの相談に最適なサービスが受けられるよう

状況確認を行い、生活全般の環境整備や各種サービスを利用する為の連絡調整を行うこと。介護認定を受けた人やその家族と介護サービスを提供する施設や業者、地域社会の資源（フォーマル・インフォーマル）をつなぐ橋渡しの役割を担っている。支援内容を決定するアセスメントには、健康管理、ADL、介護状態、家族、社会交流、ストレス等がある。

栄養指導に繋がらない“本人の理由”には、現状の管理に自身を持っていたり満足しているため、再指導について同意が得られない。自分の方法を注意される事や、今の環境に対して指導され何かを規制させる事、お金が余計にかかる事に不安を感じたり、もう年だから思い残すことはない、放っておいて欲しい・・・等があるがうのみにしてはいけない。その方の価値観、生き方、どう生きたいかを知った上での対応が必要。

栄養指導に繋がらない“支援者側の理由”には、病院等からの栄養相談に同席するタイミングを逃がし（呼ばれなく）指導を受けた内容が不明確な時がある。塩分・糖・カリウム・たんぱく質等の栄養管理を具体的に指導できず安易に配食サービスを提案し、しばらくして美味しくなく、飽きたと断られたりする。独居や老々介護の場合、受けた指導を確実に実施しているか確認する事が難しいので正しい判断がしにくい。

栄養管理について看護師やヘルパーにどこまで頼って良いか迷ったり、在宅栄養指導をしてくれる人の存在を知らないで、本人の食事に関する価値観を理解した上で関わっていくことは難しい。在宅の Dr 以外、クリニックや病院の Dr に食事について（このままでいくとやばい時）依頼しにくく、血液検査があれば良いが・・・と思うこともある。

“ケアマネジャーに何ができるか”は、勉強会・連携会等に参加し、意見交換から情報を得たり、自分が苦手な分野をサポートしてくれる職種や組織について学び、必要時に相談できる窓口を作ること。栄養支援が必要な方の生活習慣や思いも含めて適切に支援者に伝え、依頼することができる能力を養うこと。

在宅支援の主体は本人と家族なので、その人の価値観や環境、生活習慣を踏まえた指導・助言が重要だと思っているが、そこに困難を抱えた方への対人援助の難しさ（1人で向かうのは大変）があり、私達が多職種連携を必要とする意味があるのだと思う。

### 講演 3、訪問診療同行看護師の立場から ～在宅栄養ケアのために多職種で何ができるのか～

講師：彦坂由季（医療法人社団 明正会 大高在宅クリニック）

機能強化型在宅療養支援診療所で、医師 1 名、非常勤医師 2 名、管理栄養士 1 名、看護師 2 名、MSW 1 名、医療事務 1 名、運転手 1 名の組織。患者は約 95 名（居宅 86%、在宅 15%）脳梗塞、認知症、がん、COPD、糖尿病等で、月訪問件数は延べ 243 件ある。

訪問診療同行看護師の仕事は、訪問スケジュールの調整、診療介助、患者緊急電話対応、臨時患者への訪問看護（単発）、担当者会議・退院カンファランスへの参加、ケアマネやヘルパーとの連携等がある。訪問看護師が 1 人でケアするのに対し、同行看護師は診療の現場に常に同席し、看護師の視点から療養生活への気づきをもとに、良い在宅療養環境に近づけるよう調整・支援を行う。

管理栄養士は法人 5 クリニックに 1 名で、法人内外の訪問栄養食事指導を実施している。管理栄養士との連携は、毎朝 30 分のカンファランスに運転手以外の院長はじめ事務職までが全員参加し、前日の患者振り返り、困難ケースなどのディスカッションを全職種で行っている。医師からは嚥下機能障害のある方への適切な食形態の調整、カリウムや亜鉛、水分や、糖尿病、低栄養患者等への栄養指導の依頼がある。看護師から管理栄養士へ依頼したいケースでは、医師への提案するタイミングの見極めが重要。

管理栄養士に求めることは、カンファランスの時や事例を通して、多職種に栄養・食事のアイデアを提供して欲しいし、あの人ならという信頼で、ケアマネや訪問看護、訪問介護からの相談にものって欲しい。

病気の「治療」の場と違い、在宅という「療養」の場では患者・家族が納得しないと介入できない。病状から必要な栄養指導でも、在宅の生活で困っていること、良くしたいと思っていることから介入し、精神面でも在宅患者・家族の「食」の支えになると、食べることが生きる意欲につながる。食事を用意する

ことは、あなたの事が大事というメッセージであり、大切な人が用意してくれた食事を食べられることが、生きていることを支えられていると患者が感じてもらえることになる。

管理栄養士との連携として、どうしても病院から在宅に戻りたかった方、たんぱく質って何と言っていたご主人へのサポートも含め、栄養状態の改善を喜ばれた事例を紹介いただいた。

■展示業者・商品のご紹介 (株)ヘルシーネットワーク、  
バランス(株)

■休 憩 14:35～14:55

■講演 2部 14:55～16:25

座長： 山川治 (甲斐歯科医院 院長)

講演4、言語聴覚士の立場から ～在宅栄養ケアのために多職種で何ができるのか～

講師：眞田孝子 (さかいリハ訪問リハビリテーション・松戸 逆井支部)

全国18事業所で訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション、通所介護、居宅支援事業を行っており、訪問STは千葉・神奈川・東京・名古屋・大阪の7事業所で計8名(1事業所あたり0.4人)。

所属の 柏・逆井事業所は看護師1名、PT8名、OT2名、ST1名の組織。訪問エリアは柏市・松戸市・逆井市・我孫子市で片道30分目安で行動しているが、STの少なさも現状の問題点。

依頼元は、病院MSW、ケアマネジャー、利用者直接からや、通所系や訪問系のサービス事業所から。訪問対象者は、成人99%(ST利用者19名)、小児1%(ST利用者2名)で介護保険対象者が91%(15名)、医療保険対象者は9%(6名)。訪問の指示書は往診医、クリニック、病院医師より。訪問看護ステーションの場合はDrの指示書なしで何科でも、どこの病院でもOKだが、柏市特区訪問リハビリテーションの場合はDrの指定や、指示を出してくれる主治医の制限があり、依頼がなかなか繋がらず訪問看護ステーションに利用が偏ってしまう。

訪問STとして、言語リハビリ10名(失語症・構音障害)、摂食嚥下リハビリ8名(食形態の相談・栄養指導・家族指導・構音障害)、高次脳機能障害2名が関わっている。

在宅栄養ケアに関わるSTとしての限界があるので、より専門的な介入と多職種との連携が必要。

栄養に関わる職種とのネットワークの形成がないので、連携を図ることが今後の重要課題。多職種にも訪問STが在宅栄養ケアの一員となれることを発信していきたい。

(パーキンソン病)多職種と連携はとれたが妻の受け入れ不良で、自宅での食事にSTとして踏み込めず嚥下機能低下予防に留まり、栄養士介入ができればと思った事例。(認知症)息子の介護能力不安、息子の作る食事への介入拒否で多職種と連携取れなかった事例を紹介いただいた。

講演5、薬剤師の立場から ～在宅栄養ケアのために多職種で何ができるのか～

講師：齊藤 拓道 (アイングループ 株式会社あさひ調剤)

調剤薬局による地域栄養サポートとその連携構築 地域包括ケアシステムの更なる構築

「患者のための健康ビジョン(2013年10月厚生労働省)」では、かかりつけ薬剤師・薬局の推進を図り、患者・住民から真に評価される医療分業の速やかな実現を目指す道筋がしめされた。

薬剤師による、訪問薬剤管理指導は服薬管理として①分包表記(一包化し、患者名・用途・服薬日を印字又は用途ごとに色線)、②お薬カレンダー(一包化した薬剤を曜日ごとにポケット付きカレンダーに入れ、服薬の重複防止)、③薬箱管理(箱型の薬袋で、患者様の一包化した医薬品を用途ごとに区分けし管理)、④お薬の節約(飲み残した薬を節約バックに入れ再利用なお薬を改めて調剤し、余計なお薬代をなくす)などがある。

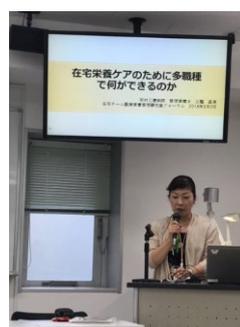


訪問薬剤管理指導の歩みは、2015年1月全職員が認知症サポーター（レゾリング）を取得し、地域包括支援センターとの連携を開始、在宅実績を全店舗達成し訪問薬剤管理指導の拡大や認知症スキルアップ研修会実施。2016年4月には地域連携課を新設し地域連携プロジェクトとして南町田NST勉強会、地域サポート薬局、かかりつけ薬局として、2017年4月地域コミュニティで地域栄養サポート勉強会を実施してきた。

あさひ調剤薬局町田店では、21012年在宅医療を開始、年間3人算定50件でまだ訪問薬剤管理指導の認知は低かった。2013年からは栄養管理の重要性について再認識し、医療機関、訪問看護ステーションとの合同勉強会を実施し多職種連携を行い、2016年からは訪問看護ステーションとの定期ミーティング、地域多職種連携でのNSTの取組み、管理栄養士による居宅療養管理指導を開始。地域グループワークへの参加、退院時共同指導や南町田での地域NST・勉強会（褥瘡・摂食嚥下）開催へと発展、月刊150人以上300件と一番多い。町田市コミュニティフォーラム2017を開催、地域サポート薬局として毎月健康サポートイベントや、栄養状態の簡易評価・摂食嚥下の栄養サポート勉強会も実施した。

薬局における「居宅療養管理指導」は訪問薬剤管理を行う薬局数の増加と共に、介護保険における算定回数も伸び続けており、全体として薬剤師による在宅における薬剤管理は進んでいる。薬剤師が関わる在宅医療は平成27年より厚労省が明確化し、患者のための薬局ビジョンの中の1つにある、高度薬学管理機能（神経難病・小児・難病、がん/緩和医療等）も必要とされている。

地域包括ケアシステムの構築には地域多職種が顔が見える関係になり、各々に役割の把握と信頼関係を築きあげることが必要。国民の病気の予防や健康サポートに貢献することも求められているので、薬局薬剤師は低栄養の早期発見やフレイル対策などに関わる様々なスキルと、専門多職種との連携も重要と認識。そのためには、訪問歯科医の摂食嚥下評価などの情報を管理栄養士からの視点と薬剤師からの視点で共有し、地域多職種内でしっかり活かすことが、より質の高い栄養サポートと地域医療を可能にできると考えている。



## 講演6、病院栄養士の立場から ～在宅栄養ケアのために多職種で何ができるのか～

講師：三瓶直美（羽村三慶病院）

西多摩医療圏（第二次保健医療圏）の高齢化率は25%で東京都平均より高く、2025年には31.6%予想。西多摩保健所管内、65歳以上のフレイルの可能性は102,276人中11,761人（11.5%）。地域での栄養相談体制は栄養情報提供書（栄養サマリー）で地域連携されている。※参考）西多摩圏域栄養管理・連携マップ。

羽村三慶病院は126床の回復期リハビリ病棟（83床）医療療養型病床（43床）で療科目は一般内科、専門内科（消化器・糖尿病・神経内科）、リハビリテーション科があり、平均在院日数は回復期リハビリ病床65.1日、療養病床509日、在宅復帰率76.2%、平均年齢80.8歳。栄養課は管理栄養士3名、栄養士1名、厨房スタッフは委託。クリニックは多いが管理栄養士は常勤していないので、生活習慣病栄養指導外来として栄養指導を病院で引き受けている。

西多摩地域の連携として西多摩三師会、特定給食協議会、保健所、市町村、地域包括支援センター、社会福祉協議会、地域活動栄養士会等がかかわっている。平成27年7月「訪問栄養食事指導～こんな時ご利用ください～」パンフレット作成した。

訪問栄養食事指導アピール活動は、羽村居宅支援事業者連絡会、急性期病院の退院調整看護師、訪問看護

ステーション、西多摩医師会、羽村市地域ケア会議、ケアマネジャーへし、3年で18名の症例、訪問栄養につなげた。依頼職種は、ケアマネ47%、主治医35%、訪問看護23%。要介護度は、5:20%、4:40%、3:20%、2:7%、1:0%、要支援1:13%。

医師や看護師は仕事が忙しく栄養まで手が回らないので、利用者側は何をどう食べて良く悪いか等を知りたいが十分な説明がされないでいる。食事に対する不安があり聞きたいことがたくさんあるのに、栄養士はどこにいるの・・・が現状。

(糖尿病・高血圧)骨折で入院後10kg体重増加した女性を食事の改善だけで減量に成功した事例。(COPD)大腿骨頸部骨折の術後、心筋梗塞併発しリハビリ、退院後の体重減少・低栄養状態が一番大変な時主治医と連携しCVと経口摂取に切替後、経口摂取だけに回復できた事例を紹介いただいた。

## ■パネルディスカッション 16:25～16:55

座長：塚田邦夫（高岡駅南クリニック 院長）

～在宅栄養ケアのために多職種で何ができるのか～

### 講演演者全員



- ・アセスメントの段階で低栄養と判断できたり、地域ケア会議の中で変化や困り事に気付く事がある。(ケアネ)
  - ・同じ事業所に管理栄養士がいるので、主治医や看護師が現場ですぐにトロミについて話をしたら、患者が色々な人からの話を聞きパニックになったことがあるので、話す時や棲み分けをし対応している。(看護師)
  - ・困ったことがあると訪問看護師と同行を予定するが来てもらわず、一緒に訪問したかった。老健時代に管理栄養士といっしょにやっていたようにはいかず、やっていた事をベースに話す事はあるが、本当に良いか心配なことも。STの中にも嚥下に関わっていない人もいるし、管理栄養士にも色々ある。(ST)
  - ・どっぴり在宅に係わって良い所は、色々な連携で訪問できるが、管理栄養士に出会あわない。話ずらい環境にあることもある。ケア会議では限られた人しか出られないので同じ志の仲間を増やしたい。(薬剤師)
  - ・先生みたいな人(Dr)がいれば良いのと思う。言いやすい会が地域にあり、地域で其々の事情があるので遠慮なく話せると良い。
  - ・医者には医者なりに色々な事情がある。意見はまとめのところで言うより、言いやすいグループワークの場で言ってもらう方が良い。
  - ・最初の一步は自分でするのか、誰かにすぐ繋げるか?・・・まず自分で情報を集めてから次に繋げている。厚労省は在宅クリニックからの訪問より、病院から在宅へ訪問する方向に向かっている。(塚田)
- 等、日頃の活動から、それぞれのお立場での貴重な意見を交換していただいた。

## ◇広告協賛企業

バランス株式会社、日清オイリオグループ株式会社、トーアス株式会社、ヘルシーフード株式会社

◇次回研究会 平成30年12月2日(日) 会場：東京家政学院大学 3階

平成31年2月17日(日) 会場：東京家政学院大学 3階

文責 宮本真理子