

在宅栄養ケア フォローアップ研修会 I 報告

開催日：平成28年1月31日（日）

会 場：大阪府社会福祉会館

対象者：平成27年7月から10月に大阪府内8圏域で実施された在宅栄養ケアスタッフ研修会において、初級在宅栄養ケアスタッフ認定書を取得した管理栄養士132名

講演 I 「在宅栄養士に望むこと」

講師 大阪府医師会
副会長 中尾 正俊先生



1 地域包括ケアシステムの構築に向けて
地域包括ケアシステムの構築とは、日常生活圏域（中学校校区）におけるネットワークづくりにより地域包括ケア

の基盤を整備すること。地域包括ケアシステムの基本理念は、「尊厳の保持」「自立生活の保持」「規範的統合」である。この「規範的統合」とは、医療・介護連携において求められる取組であり、介護職は「医療的マインド」を持って、具体的な生活場面のアセスメントの内容を医療側に伝達する。医療職は「生活を支える視点」を持って、介護側から提供された生活情報をもとに病態を把握、臨床経過の予測を介護側に伝え、必要となる介護やリハビリテーション等の介入を見通す。つまり、専門職の役割を理解し合い、互いに尊重し合うことである。地域包括ケアにおける在宅医療とは、目的はQOLの向上、目標は自立、ターゲットは障がいやADLの維持、場所は自宅・地域、チームは他職種（連携・協働）。このように生活を支えることである。

2 大阪府医師会が取り組む在宅医療推進事業

大阪府の在宅医療の課題（平成25年4月大阪府保健医療計画から）は在宅医療の質の向上・効率化、在宅医療サービス供給量の拡充、医療・介護の連携。特に医介連携を推進するためには、まずは地区医師会が医療資源の把握と医療機関同士の連携強化。「在宅医療の充実」を業務として取り組む在宅医療コーディネータの配置が急務である。在宅医療コーディネータの業

務は、地域の医療資源を断続的に把握。患者の受診動向を把握。個々の診療所が対応できる在宅医療の内容について、情報を断続的に収集し、必要な情報をピックアップして医療関係者へ情報提供。地域の医療機関に対して在宅医療への参入を勧誘し、訪問診療に取り組む医療機関に対しては、継続して取り組めるよう手厚く情報提供。在宅移行が困難な事例やその解決策を収集し、地元行政等へ情報提供。

3 地域支援事業に位置付けられた在宅医療・介護連携の推進

在宅医療・介護の連携推進について、これまでモデル事業等を実施。一定の成果を踏まえ、介護保険法の地域支援事業に位置付け、市町村が主体となり、地区医師会等と連携しつつ取り組む。

医療計画の見直しについて（医療法）。地域医療構想の中で市町村毎の将来の在宅医療の必要量を示すとともに、在宅医療を担う医療機関や訪問看護等の提供体制に係わる目標や役割分担、在宅療養患者の病状の変化に応じた病床の確保のあり方を医療計画に盛り込む。

4 中医協で議論されている訪問栄養食事指導

がんによる化学療法中の患者の多くに食欲低下がみられる。こうした患者には、病状等に応じたきめ細やかな食事の工夫と指導が必要である。そこで個別の栄養食事指導を管理栄養士が行うことにより、栄養状態やQOLが改善するとされている。同じく、低栄養のリスクのある患者にも体重管理やQOLに有益な効果がみられる。しかし現時点では、医療保険（在宅患者訪問栄養食事指導料）においては、特別食が必要な

患者が対象とされており、他の理由で特別食を必要としない限り、がん、摂食・嚥下困難および低栄養の患者は対象とならない。また、調理実技を伴う指導を行うことが算定要件とされているが、実際の指導上の課題は様々であり、調理実技に関連しないものも含まれている。そのため厚労省は平成27年11月4日の中医協総会で、管理栄養士による在宅患者訪問栄養食事指導の対象に、がん、摂食・嚥下困難および低栄養の患者を含めることを提案している。指導についても、調理実技だけでなく在宅での栄養改善に有効な実践的指導を行う場合を含めること

も提案している。

5 在宅栄養士に望むこと

今後、摂食・嚥下障害や低栄養状態の在宅療養患者が増加することが予想され、在宅栄養士が質の高い訪問栄養食事指導を行うことが期待されている。栄養ケア・ステーションが在宅療養における栄養サポートの拠点として活躍されることを期待している。その結果、他の専門職種（医療・介護）から連携のとりやすい専門職種となり、地域包括ケアシステムの一員として信頼されると考える。

講演Ⅱ 「ホスピス病院、食の取り組み ～それぞれのディナー～」

講師 宗教法人 在日本南フレシビテリアンミッション 淀川キリスト教病院
栄養管理課 室長 大谷 幸子氏



1 ホスピスとは

ホスピスでは、がんを主とした治癒困難な患者が、その人らしい“生”を全うできるように援助する。そのためにまず患者の苦痛をできる限り軽減するよう努力している。また、十分に話し合っ、患者のあらゆる必要に答え、家族へのケアも行っている。ホスピスにおける食の意味は、

- ・食欲低下は心理的、社会的、実存的な問いにも影響する問題である。
- ・食事摂取出来ない場合、食べる喜びや楽しみを奪い、生きる意欲を失うことにつながる。
- ・食べることを強く勧められること自体が苦痛となることもある。
- ・食事の心配は、家族や遺族の社会心理面へも影響を及ぼす。

2 当院の取り組み

- 1) 毎日毎食、選択メニューを実施
朝食は和・洋どちらかを選択。昼・夕食は6種類（定食・丼もの・ごはんもの・パ

スタ、焼きそば・麺類・軽食）の日替わりセットメニューから好きなものを選ぶ。希望の聞き取りは月・木の2回行う。対象食種は常食と軟菜食系の7食種。献立には医師の指示を必須としている。例えば普段は粥を食べていてもカレーライスを食べたい時がある。出来るだけ患者の希望を叶える。

- 2) パーティー食（こどもホスピス）の提供
家族や友達と楽しくパーティーをすることが出来る。

（ちらし寿司・たこ焼き・サンドイッチ）

- 3) リクエストに応える食を毎週実施

豪華な食事よりも慣れ親しんだ味を希望される。リクエストが多いメニューは、刺身、寿司、ステーキ、麺類、魚料理・煮魚、カレーライス、雑炊。

- 4) 管理栄養士と患者のコミュニケーション重視
- 5) 自由なおやつ（内容、時間）の提供
- 6) 随時、家族食の提供
- 7) 常に新たな食の企画・提案
- 8) その他、柔軟な食の提供

3 それぞれのディナー

リクエスト食とそれにまつわるエピソード

- 1) 「にぎり寿司」…入院して初めてのリクエスト食、寿司ネタも指定。入院前はほとんど食事が取れない状況だったにも関わらず、付け合わせの茶碗蒸しまで含めてほぼ完食。本人だけでなく、その姿を見てご家族も大変喜ばれていた。
- 2) 「牛カツ・牛肉のしぐれ煮」…本人はアナフィラキシーが出るほどの重度の牛肉アレルギーがあるにもかかわらず、希望を出された。理由を聞くと、子どもの頃はアレルギーは無く食べていた。母親が仕事に行く時に用意してくれていたメニューで懐かしい。絶対食べないから出して欲しい、と。看護課に食事中見守ってもらう段取りをし、提供した。次の週はまた牛肉料理であった。
- 3) 「すき焼き」…病状的には食べられる状態でないが、奥さんと一緒に食べたいと希望。本人はほとんど食べられなかったが、奥さんが美味しく食べる姿を見て満

足された。

- 4) 「らっきょう2粒」…何故らっきょうなのか？次の機会に伺おうと思っていたが叶わなかった。後で、ではなくその時その時が大切だと再認識した。

リクエスト食の意義は、何を食べようかと考えたり、楽しい記憶に残っている物語を思い起こしたりと「食べることは生きている証」であること。

4 食のマネジメント

真に患者の求めるものを、

- 1) 断らず、待たなして
- 2) こころ=愛 を食事で伝えたい
- 3) すべての意味で、家庭のように

5 まとめ

ホスピスでも食のチーム医療は必要。チームに必要なスキルは、病態把握が不可欠であり、そして患者の情報共有、よりよい栄養ケアである。“死ぬまで生きる”に寄り添うを大切にしている。

講演Ⅲ 「在宅栄養士の現状」

講師 医療法人社団福寿会 福岡クリニック在宅部栄養課 課長
日本在宅栄養管理学会 副理事長 中村 育子氏



1 「訪問栄養指導」について

- 1) 「訪問栄養指導」とは通院などが困難な方のご自宅に管理栄養士が訪問し、食生活や栄養に関する様々な相談に乗り、「食事」や「食べる」ことを通して、健やかな在宅生活を応援する。
- 2) 「訪問栄養指導」の内容
食事摂取量と栄養状態のチェック、調理指導、買い物指導、ヘルパー指導、状態に合わせた食事内容・形態などの指導、栄養補助食品・介護用食品・介護食器等の紹介、食生活プラン（プログラム）の作成、その他、療養生活に関わる様々な相談。

3) 講師の現状

車での訪問のため、駐車許可証を関係する地区はすべて、各地域の警察署で発行してもらっている。

必ず持ち歩いている物は、パンフレット、フードモデル、とろみ剤等のサンプル。パンフレットとは、栄養士が来て何をするのかを説明するためのもの。本人だけでなく、家族・ヘルパー・ケアマネにも知らせるためのもの。

2 訪問栄養食事指導時における栄養管理プロセス

1) 栄養アセスメント

在宅療養者の食事の特徴は、主食のみ+漬物・佃煮、主食+1品（コロケ・天ぷら・シューマイ・餃子）、味付けの濃いも

のの組み合わせ、野菜不足または野菜のみ（たんぱく質不足）、果物過多または全く摂らない。

訪問時、ゴミ箱の中（食べたものの痕跡がある）をチェック出来ると食事内容の評価に役立つ。また、信頼関係が築けたら冷蔵庫の中もチェック出来るようになる。

2) 課題の整理と優先順位の決定

複数の課題が抽出された場合、優先順位の高い課題から取り上げる。療養者・家族（介護者）が直面している課題や、早急に改善が必要な課題から取り組み、その他は段階を踏みながら少しずつ整理していく。

3) 目標栄養素等摂取量の設定

4) 栄養ケアのプランニング

在宅での問題点は、介護者の介護力が低い。核家族になり若い介護者が少なく、老老介護になっている。要介護者を要支援者が介護している場合もある。このような場合、家で食事を作るのかどうかで、プランニングが変わってくる。

次に、在宅では嚥下評価が困難。歯科医

師による嚥下内視鏡検査を行い診断してもらう。この場合、各職種（ヘルパー・ケアマネなど）と一緒に検査の様子を見ることで、統一した食形態になりやすくなる。

5) モニタリングと再アセスメント

病院と異なり、在宅では血液検査が頻繁に出来ないのも、体重が重要な指標となる。しかし体重測定が出来ない場合がある。その場合、通所施設で月に1度は測定する。

3 多職種連携する

栄養ケアを考える前に、自分の地域で在宅で連携できる職種を確認する。いない場合は、研修会、交流会、懇親会等で、名刺を持参し、積極的に協力してもらう仕組みを自分で作る。そして最強の栄養ケアを作成し、実践する。

サービス担当者会議といった多職種連携の場で、栄養管理することでどういふ良さがあるのかをアピールしていくことも大切。

（文責 地活 吉山美和）