

在宅医療グループ診療運営事業

第10回 在宅あるある会

活動報告

2024年11月12日開催

在宅医療グループ診療運営事業「第10回 在宅あるある会」はテーマ『在宅医療における関係職種を理解する』より、在宅医療における管理栄養士の機能と役割、医療と在宅で食に係る連携を知ることを目的に開催しました。会場およびオンラインのハイブリッド開催で、医師、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、看護師、管理栄養士、リハビリ職、ケアマネジャー等、73名と多くの皆様にご参加いただき、大変有意義な会となりました。



初めに、総合司会の苫小牧市医師会 伊賀勝康先生より、在宅あるある会のルールとして敬称を「先生」ではなく「さん」と呼び合いましょうと声かけがありました。講演は北海道栄養士会 地域活動栄養士協議会 会長 川畑盟子さんを講師にお迎えし、実践報告では、苫小牧東病院 管理栄養士 田口みづほさん、なの花北海道 認定栄養ケア・ステーション 管理栄養士 宮田可奈子さんよりご発表いただきました。最後に医療アドバイザーとして北海道家庭医療学センター 理事長 草場鉄周さんより講評をいただきました。



総合司会 伊賀さん



医療アドバイザー 草場さん

【講演】



川畑さんには、『在宅医療における管理栄養士の機能と役割～医療と介護、在宅における栄養情報連携～』のご講演をいただきました。初めに現在フリーランスの栄養士としてご活躍されている経歴についてご紹介いただきました。昭和 52 年に市立室蘭総合病院で働き始めた頃の栄養士の仕事は食事の管理＝献立の作成が主な業

務だったが、徐々に栄養の管理＝回診にも同行し患者に必要な栄養量や投与方法を提案する業務に変化していったとのこと。元気に退院する人がたくさんいる一方、重篤化し再入院する人、疾患を抱えながら生活しなければならない人を目にするのが多くなり、退職の際に地域でこのような方々を支えることができなかと考えフリーランスになったと話されました。そこから趣味である料理を活用した介護食やヘルパー向け料理講座の開催、クリニックの外来栄養指導、介護施設の栄養支援、地域ケア会議の助言者等を実践しているとのこと。高齢者と接するうちに、「やりたかったことを叶えながら、自分らしい人生を送ること」は誰もが望むものであり、“自分らしく”生き抜くための穏やかな生活には食事のサポートが重要である一方、地域共生社会が構築されている中で栄養支援は残念ながら遅れていると感じると話されました。

講演内容の一つ目、高齢者が抱える問題について。加齢に伴う身体機能の変化（食欲低下、唾液分泌量の半減、消化液分泌の減少、噛む力が衰える等）、取り巻く食環境（経済的困窮、買い物難民、調理困難等）、喪失体験（配偶者・知人・ペットとの死別、出来できていたことが出来なくなる）等、複数の要因によって低栄養に陥りやすい。適正な食事は重要なことは周知の事実だが、栄養の確保に関する考え方・知識・経験は本人の嗜好、理解力、人生観・価値観、支援者の有無等の様々な影響を受けるため、必要な栄養量・質を確保するのは実に難しい。問題の根底として考えなければならないのは、その人が「どのように生きたいか」だと話されました。疾患を有する場合の栄養支援には、①疾患の治療・療養を目的とする関わり、②生活の中で疾患の治療・療養を支える関わりがあり、①はメディカルスタッフが寄り添い本人・家族が実施する一方、②は寄り添うメディカルスタッフが非常に少ないとのこと。2015 年 WHO が「高齢化と健康に関するワールドレポート」を発表した際、マーガレット・チャン事務局長は「疾病の治療に軸足を置く既存のモデルから、高齢者のニーズを中心に考える包括的な規定へと保健制度を改革していくことが必要となる」と述べていることから、健康に生き抜くためには、加齢に伴う身体の変化を理解し、幸福感を感じながら生きるを支えることが重要であると話されました。

次に川畑さんが経験した在宅訪問や地域での活動についてご紹介いただきました。胆振総合振興局在宅医療専門部会の栄養・食事・歯科モデル事業では、高齢者の低栄養の実態把握と改善を目的にグループホーム 4 施設へ言語聴覚士（ST）、歯科衛生士、管理栄養士が訪問。その際、施設における食事提供を受ける側・する側の共通する問題点に気づき、対応策が必要だと感じたとのこと。そこで訪問した 3 職種に保健所の保健師・歯科医師・歯科衛生士が加わりマニュアルを作成、西胆振の施設に保健所から配布した。これが地域の専門職のチーム活動＝顔の見える関係作りの第一歩だったと話されました。翌年から新型コロナウイルス感染拡大のため事業は中断したものの、保健所が実施したアンケート結果から、レシピ集を作成。昨年度は歯科衛生士やケアマネジャー（ケアマネ）、社会福祉士も参加

し、顔の見える関係がどんどん広まっているとのこと。

川畑さんは現在、北海道介護予防活動普及展開事業のアドバイザー、室蘭市・登別市・伊達市の自立支援型地域ケア会議の助言者を担っており、自治体によってケア会議に参加する助言者の職種が異なること、保健師との同行訪問は室蘭市：保健師・ケアマネ・管理栄養士、登別市：クライアントの希望職種、伊達市：現在課題として提起、と徐々に多職種連携が進んでいると話されました。

外来での栄養指導に関して、病院には栄養士がいるが栄養士がいるクリニックは少ない。川畑さんは病院退職後から依頼を受けた3つのクリニックで外来栄養食事指導を行っているとのこと。開始した初年度（2018年）は半年で23件だったが、2023年度では649件、2024度は720件程見積もられているそう。対象者は栄養指導未経験者が多く後期高齢者が半数以上という特徴があり、その中から他事業所の訪問看護師、訪問STと同行訪問した事例をご紹介いただきました。

- ・ 90歳台、女性、意思疎通不可。娘・孫から少量で高カロリーな食事の作り方について相談。
- ・ 食事状況：朝・夕食…メイバランス等、昼食…手作りの食事（ミキサー食・粒粥）
- ・ 希望：本人が大阪出身、たこ焼き、すき焼き、みたらし団子等を食べさせてあげたい
- ・ 指導内容：希望するメニュー等をソフト食で作成し、外来で家族に試食してもらいレシピを解説
- ・ 徐々に嚥下機能が低下→ミキサー食・粒粥が困難に
→訪問ST・看護師（顔の見える関係だった）に連絡をとり、訪問時に同行を依頼
→訪問しポタージュを作り、的確な濃度を全員で確認
- ・ 情報共有
お粥の濃度が変化した際には、川畑さんがお粥を作成→LINEアプリで濃度がわかる動画をSTに送信・確認してもらう→家族に動画を共有

デイサービスでの栄養改善サービスに関して、登別で行われた北海道栄養士会 認定栄養ケア・ステーションの北海道初の取り組みについてご紹介いただきました。サービス担当者会議にて、体重コントロールと引きこもりが課題として挙げられた60歳台男性（独居、既往は脳梗塞（左麻痺）・糖尿病、調理師資格あり）の事例では、インスタント食品やスナック菓子が多い食事→身体状況からどの程度調理が可能か確認、一緒に献立を作成、買い物リストを作成しヘルパーに依頼→体重減少・BMIが改善。本人の理解が得られ改善に繋がるケース、細かい情報を記入したシートを用い家族へ情報提供できるケースがある一方、独居の場合はどのように伝えていくか悩んだと話されました。ある研修会に参加した際、レイモンド・キャッテル分類の流動性知能：新しい場面に遭遇した際に情報を整理・処理する能力（年齢とともに低下）と、結晶性知能：個人の長年にわたる経験や教育・学習から獲得する能力（少しずつ増加）を知り、独居の利用者に座学だけでなく実践を取り入れた栄養介入を行い、食品そのものに触ることの必要性を感じた経験を紹介いただきました。

- ・ 料理が得意だったが、脳梗塞発症後自信を喪失しふさぎ込んでいた事例：材料を持込みおはぎづくりを提案したところすぐに作ることができ、笑顔が見られた。
- ・ デイサービスの食事は完食だが体重減少している事例：自宅では食欲不振、立っていただけ調理ができないと話していたため、座ってできる卵の花づくりを提案、その後も何度か作っていた。
- ・ 認知機能低下が著しく食事状況の聞き取りに苦労した事例：直近の食事状況は答えられないが昔パン屋で勤務しあんパン作りが得意だったと話していたことから、パン生地とあんこを持参。スムーズに使い捨て手袋を装着しあんパンを作成。レンジで作れるキャベツソテーも作り、家でも思い出せるよう本人の写真付きレシピをその場で渡すようにした。

2021年の介護報酬改定によりデイサービスの栄養改善加算が新設され、2年後初の在宅訪問を実施した超高齢者の事例をご紹介します。

- ・ 相談内容（家族）：食事1回に3時間、食事時間を短縮しデイサービスを利用したい
- ・ 自宅での食事状況確認のためケアマネと同行訪問〔介護者：息子の考え・理由〕
食事の姿勢：ソファ〔安楽な姿勢のため〕
朝食：ヨーグルト+果物（すりおろし、刻みの混合）〔排便コントロールのため〕
昼・夕食：普通食を本人がスプーンで潰して食べる〔咀嚼機能維持のため〕
水分：お茶（むせ有り）
- ・ デイサービス利用を開始し食事状況を確認
提供できる食形態は刻み食まで、全体的に柔らかめで潰さなくても食べられる
→職員向けに食事の提供方法について解説書を作成（低下した咀嚼・嚥下機能への対応、姿勢）→家族へデイサービスでの対応内容としてお知らせ…家族へのメッセージの意図あり
- ・ お粥に変更となり好んで食べていたが、あるとき食事摂取が進まず尋ねると「口が痛い」と訴えていた。ケアマネから家族に確認すると「家ではそんな様子はない」と返答があり、本人は家族に伝えられていないことがわかった。ケアマネから訪問歯科診療を紹介、義歯を修正するとすぐに食べられるようになった。

ほとんどの高齢者が口腔機能の低下やリスクを有していることを踏まえアセスメントを作成しているとのこと。また、アセスメント実施により施設介護職員の体重・食事状況の観察力がアップしたこと、評価表作成によりケアマネ・介護職員・家族との連携が良くなったと感じていると話されました。デイサービスで栄養アセスメントを行いリスク有りの利用者に対し個別指導を実施すると算定できる栄養改善加算については、開始当初（2021年）はアセスメント約50件/月に対しおよそ3割がリスクを有していたが、ケアマネジャーに受理されず加算算定に至ったのは3人/月だったとのこと。現在では約3割の利用者に改善加算を算定しており、さらにそのデイサービスに疾患を有する利用者が集まり、利用者が50人→70人に増加したことや、もともと常食・刻み食のみだった食形態にソフト食が追加されたことを話されました。

遠方に居住する娘より訪問栄養指導の依頼があった80歳台夫婦（夫：COPD・胃がん術後、妻：肺がん切除後）の事例では、免許返納後から外出機会が減少、企画した沖縄旅行はコロナ感染のため中止となり夫はその後食欲不振、妻は玄関で転倒し右手首と左上腕を骨折（固定のみ）、苫小牧に住む娘が時折訪問し介護している状況だった。顔の見える関係であった担当ケアマネに連絡、翌日ケアマネ・ヘルパーと同行訪問、翌週から調理支援へ同行した。ヘルパーとともに初日は5品目作成、2日後の訪問で食事摂取量・味付けを確認し、残っている料理をリメイク活用。高齢者は捨てるのが難しいため、リメイク活用という方法をとっていると説明されました。1か月後に栄養指導を行いタンパク質摂取のための調理方法検討が必要と判断し、妻のケガが治ってきた段階で鶏レバーの黒砂糖煮と一緒に調理。この介入は居宅療養指導には当たらないため本人負担は材料費のみ。また、別日に実施した食欲調査票では夫23点・妻24点で、普段の食生活の見直し・体重減少に注意しようという結果だった。体重減少もあることから今後も栄養介入は継続し、今後は夫も料理ができるようになることを目標に、夫婦協働での電子レンジ料理を予定しているとのこと。

高齢者の栄養管理と食支援については、食事量が低下した高齢者の栄養介入には、食べられない人なのか、食べたくない人なのか、食事の準備ができなくなったのか、それぞれアプローチが異なることからその理由の把握が重要だと話されました。「食べるを支える」ことは、その人の力を知って工夫することであり、

強い力で飲み込めない→飲み込める形態にする、食道に送る（飲み込む）タイミングが合わない→トロミを調整等の対応ができるとのこと。一般的な栄養ケアの基本は、メタボリックシンドローム、動脈硬化をリスクと考えることだが、高齢者におけるリスクは低栄養、サルコペニア、フレイルであることから、ギアチェンジのタイミングを図っていかなければならないと話されました。また、人間はなぜ食事をするのかと講演会で参加者に質問をすると様々な答えが返ってくるが、生きていくために栄養素を取り込む手段の中に食事があると説明すること。しかし、それだけでなく食事には楽しみや心のやすらぎの役割も併せ持っており、“食べる”は“生きる”、人生の幸せに繋がるとお話しいただきました。

最後に川畑さんの行っているケセラネットワークや北海道栄養情報連携の会の活動等のご紹介や、在宅療養支援診療所・病院における管理栄養士の配置または栄養ケア・ステーション・他医療機関との連携による訪問栄養食事指導を行える体制の整備（経過措置：令和7年5月31日まで）が必要であること等をご説明いただきました。また、なぜ訪問栄養食事指導および在宅療養管理指導が進まないのかについては、栄養ケア・ステーションに相談しようにも地域に



講師 川畑さん

栄養士がいない場合等、管理栄養士の確保が一番の理由として考えられるとのこと。薬局の栄養士や栄養ケア・ステーションの登録管理栄養士も頑張っているため、ぜひ活用してほしいと話されました。食べる量が減ってきた・食べてくれない等様々な事例に対して、決して諦めず何かの形で相談してほしい。困りごとには理由があり、必要な栄養の摂り方があるため、専門職に相談できる体制作りは非常に重要であること。疾病を抱えていても自分らしく住み慣れた地域で過ごすことのできる環境を多職種連携で早急に作る必要があると話されました。

総合司会からのコメント

栄養のアセスメントだけではなく患者さん・家族の食べること・生きるということ、ネットワークを広げていくということに対する熱量を感じました。私自身病院勤務をしていると、個別に対応することが難しいポイントはやはりありますし、個別に素晴らしい取り組みをしていると感じました。認知機能低下の患者さんの事例の紹介から、フットワーク軽く患者さんを支援していくことは必要なのかなと非常に勉強になりました。

Q A 質疑応答 (1)

A さん（管理栄養士）：「2～30 年前の病院には病棟に栄養士の姿がなかったのが、現在では栄養管理ができる体制が整ってきたことを考えると、在宅の栄養指導の体制が整う時代が来るのではないかと考えています。在宅に近い地域包括支援センターのケアマネと管理栄養士が定期的にコンタクトをとっている地域や事例がありましたら教えていただきたいです。」

川畑さん：「残念ながらありません。私自身は公的な保険での居宅療養管理指導等を行った経験がありません。必要だと依頼は来るのですが、医療機関と契約しその医療機関が保険請求を行うという制度上そもそも契約が必要です。公的なものでなくとも今必要な人にサービスを届けることによって、栄養士が動ける制度ができていくのではないかと思います。ケアマネからの依頼で何度か訪問していますが、それは全てボランティア＝私の勉強としての訪問となります。」

事前質問

質問（薬剤師）：予防医学の観点と食の視点で違う部分はあると思いますが、病気になった後のことだけではなく予防の部分も聞いてみたいです。

回答（川畑さん）：予防的な部分でも講演や調理講習等の依頼があります。健康寿命を延伸するための食支援や、養護施設・高校・企業・美容関連業種から食育をテーマに依頼されることもありますし、良い老後を迎えるためにというアンチエイジングについて講演することもあります。予防は重要なため、今後は買い物や薬を取りに来た利用者と接する機会が多い薬局の管理栄養士がアドバイスをすることで未病に対して防御になることを期待しています。

質問（医師）：在宅患者の栄養指導を検討し、栄養ケア・ステーションにお願いしようと考え栄養士協会に依頼しようとしたところ、契約等非常に煩雑で諦めました。簡単な申込方法等あればご教示ください。

回答（川畑さん）：管理栄養士が行う居宅療養管理指導（外来栄養食事指導）にはⅠ(1)とⅡ(2)があり、当該医療機関の管理栄養士が行う場合はⅠ(1)、それ以外（他の医療機関、栄養ケア・ステーション等）の管理栄養士が行う場合はⅡ(2)となり点数が低くなります。私が今実施できているのは外来栄養食事指導のみです。いずれにしても契約は必要なため、私は契約に際して直接契約（非常勤扱い）した場合と、栄養ケア・ステーションと契約した場合の5パターンを作成し医療機関に選択してもらっています。栄養ケア・ステーションのメリットはもちろんありますが、西胆振では栄養士が少ないので私は直接契約の形をとってもらっています。早く動けることも直接契約のメリットです。ですが、どちらを選択しても煩雑ではあります。

【実践報告 1】

第10回在宅あるある会
病院から在宅へつなぐ
栄養食事指導の現状

社会医療法人 丁成郡 苫小牧東病院
管理栄養士 出口みづほ

田口さんには、「病院から在宅へつなぐ栄養食事指導の現状」のご発表をいただきました。苫小牧東病院 栄養科は管理栄養士4人+栄養士1人+給食（委託）が所属し、栄養指導や嚥下造影検査食の作成、NST等の業務を行っているとのこと。嚥下・咀嚼機能にあわせたミキサー食、ソフト食、嚥下調整食等だけで

なく、主食摂取量が少ない患者向けに少量のお粥（130g）にMCTオイルとプロテインを混ぜ全粥（220g）と同等のカロリーに調整した「ちから粥」も提供しているとのこと説明いただきました。

現在実施している食支援は主に栄養指導と食事形態指導であり、家族や施設職員を呼んで食事形態・食事姿勢の説明を行うこともあるが、ほとんどがリーフレットを用いて説明しているとのこと。実際に食支援を行なった事例をご紹介します。80歳台男性、慢性腎臓病（ステージ5、透析希望なし）、独居の事例では、訪問看護師より食べる物が決まっているため、本人・ヘルパーが簡単に組み合わせさせて食べられるように指導してほしいという依頼について、本人が普段食べているものから写真付きで食事の目安量を作成し指導を実施。80歳台男性、慢性心不全、息子と二人暮らし、1年半で5回再入院を繰り返していた事例では、低栄養の状態で畑仕事や漁師の手伝い等を行ったことにより心不全が増悪していたことがわかり、低栄養改善のためのタンパク質を多く含むメニューを提案、訪問看護も導入しその後は再入院なし。次に、「このままではいけない」と感じた事例をご紹介します。

- ・ 80歳台、男性、妻と二人暮らし。新型コロナウイルス感染、廃用症候群のリハビリを継続。
- ・ 摂食・嚥下機能：退院後もミキサー食継続が必要…食形態指導を実施し、退院
- ・ 退院10日後に脱水で再入院
原因：自宅で食事・水分摂取ができていなかった（退院時51.5kg→再入院時46.4kg）
→再入院後は食事10割摂取
- ・ 治療終了し退院に向けカンファレンスを実施
本人の意向：リハビリは意欲的、退院後は訪問リハビリ以外のサービスの必要性は感じていない。早く普通食を食べられるようになりたい、トロミがついた水分は飲みたくない。
家族の意向：介護サービスを利用したい。ミキサー食・トロミ水を作るのが大変（二世帯住宅に住む娘が出勤前に準備）→トロミがつかないためトロミ剤を足していた。
→調理の工夫・トロミ剤の性質を細かく丁寧に説明すべきだったと反省
- ・ 退院後は訪問看護・訪問リハ・訪問介護・デイサービスを導入し再入院なし
- ・ 退院後の管理栄養士のかかわり：外来受診時に困りごとの確認、嚥下造影検査食の準備
- ・ 見学：ヘルパー訪問時にケアマネ、訪問看護師と同行
…本人が食べたい物をヘルパーがミキサー食にし、満足していると。調理の工夫なども情報共有。

その人の生活にあった支援が大切であることを改めて実感した

在宅医療に管理栄養士が少ないのが現状ではあるが、住み慣れた地域でその人らしい生活を続けるために、管理栄養士ができる食支援を知ってもらい、私達管理栄養士も在宅医療について学び、在宅チームの一員となっていく必要があると感じていると話されました。

【実践報告 2】



宮田さんには、「在宅訪問食事指導の現状と課題」のご発表をいただきました。所属するなの花薬局道南エリア認定栄養ケア・ステーションでは、2022年4月に認定栄養ケア・ステーションを取得。現在は5人（苫小牧3人、室蘭1人、日高1人）の管理栄養士が所属し、地域密着型の拠点として、地域住民・医療機関・自治体等を対象に栄養相談、料理教室等、ニーズに応じたサービスを提供しているとのこと。薬局に管理栄養士がいるということからスタートし、様々な活動の中で発信は行っているもののまだ認知度は低いと感じていると話されました。

薬局に勤務する管理栄養士の活動をご紹介いただきました。市内の介護予防教室や生活習慣病予防セミナーでの栄養講話、薬局待合を利用したシルバーリハビリ体操指導士の運動イベントの開催、健康測定会や健康食品の試食会等も実施しているとのこと。患者だけでなく地域住民が自主的に健康管理に取り組んでいくことができるきっかけ作りを目的として料理教室等を薬局内だけでなく外部施設でも開催しており、室蘭市ではフレイル・サルコペニア予防の観点から手軽に作れるタンパク質強化メニューをテーマに料理教室を開催。苫小牧ではまだ実施していないが食への関心を高めてもらい自宅での調理の工夫を伝えられる場を広げていきたいこと、どの活動も地域住民の健康維持や増進にいかに関与していくかだと話されました。

これから積極的に進めていきたい活動の一つが在宅訪問であり、管理栄養士の在宅訪問栄養指導は、医師の指示に基づき本人・家族の希望、本人の健康状態、生活環境等を包括的に評価し最善に導くことを目的としていること。薬局で行う栄養相談でも、食事の準備が困難となり（手に力が入らず調理が億劫になった、病院のようなミキサー食を上手く作れない等）低栄養等のリスクが懸念されるケースが多くあることをご説明いただきました。その場の相談対応だけでなく、自宅での食べやすい食形態の調理実習等の訪問指導を紹介する一方で、個別に必要な栄養支援をできる体制作りが進まない主な要因は、薬局の管理栄養士が在宅訪問栄養指導の算定を取れないことだと話されました。

薬局の管理栄養士が在宅訪問栄養指導を実施するには、医療機関と北海道栄養士会が契約し、栄養ケア・ステーションに所属する管理栄養士が実施する方法（保険適用）と、薬局の認定栄養ケア・ステーションが実施する在宅訪問栄養指導サービスを利用してもらう方法（自費）があるとのこと。現在の保険のルール上、薬局が訪問栄養指導の直接保険請求を行うことはできず、医療機関が保険請求を行い契約に基づき委託料として支払う流れとなるため、講演の質疑応答にもあった通り事務処理等の医療機関側の負担が大きいと話されました。一方で自費サービスの場合、所属するステーションでは1～2回/月まで、30～60分/回、なの花薬局薬剤師が在宅療養管理指導を行っている場合500円/回（行っていない場合は2回目以降3,000円/回）で実施しているとのこと。管理栄養士が訪問指導を行うには医師の指示書に基づき、栄養・食事状態の把握→問題点の抽出→指導→医師やケアマネに栄養ケア計画書報告書を提出する流れとなっており、医療機関・ケアマネからの患者情報や検査データ等の共有が必要なため協力してほしいと話されました。

薬剤師と連携し自費サービスでの栄養介入を行った事例をご紹介いただきました。

- ・ 薬剤師が居宅療養管理指導で訪問時に、妻が施設入所したが本人は料理ができず市販の惣菜などで済ませていることが判明。訪問栄養指導で調理実習も可能であることを提案した。
- ・ 薬剤師が処方薬が粉碎に変更された患者に食事状況を確認した際、ムセがあることや自分で刻み食を作っていることが判明。訪問栄養指導で食形態等の相談も可能であることを提案した。

薬剤師（他職種）との連携により、様々な目線で患者の対応を検討することができる
しかし、実際には「食べられているから大丈夫」「なんとかやってみるよ」と断られるケースも多い

⇒**本当に栄養介入が必要な患者に対しては多方面からの声掛けが必要**

管理栄養士の在宅介入数が多くない理由として、緊急性がなく必要性を理解してもらえないこと、介入までの流れが不明瞭であることが挙げられる。必要な人に管理栄養士が介入することで健康や QOL 向上できる可能性を増やすために、薬局の管理栄養士として、薬剤師との連携強化だけでなく医療機関、訪問看護、ケアマネ等と繋がりを作ることで適切な栄養支援が必要な人に提供できる体制を構築していきたいと話されました。

総合司会からのコメント

苫小牧地域の実践報告から、実施数はあまり多くないのかなという印象がありました。地域の問題として、嚥下食の形態が各医療機関で統一化されてない等、栄養の問題ではあるが栄養士だけでなく様々な職種で進めなくてはいけない課題だと思いました。

Q A 質疑応答 (2)

伊賀さん：「30%を超える高齢化率から考えると、在宅以外のクリニックでも生活習慣病等の様々な栄養指導のニーズがあると思いますし、川畑さんが数百件の栄養指導を実施されていることから掘り起こせばニーズはあると思います。なの花薬局認定栄養ケア・ステーションと医療機関との契約が苫小牧であまり進んでいないのが現状だと思いますが、どのくらいの医療機関と契約しているのか、問題ない範囲で教えていただけますか。」

宮田さん：「現在、苫小牧では3カ所の診療所と契約し外来栄養食事指導を行っています。」

伊賀さん：「少しずつ進んでいるということですね。在宅を実施する医療機関における移行措置期間が来年5月31日までとなっていますので準備を進めていただければと思います。」

伊賀さん：「医師会から診療所への働きかけも必要だと思われそうですが、栄養士会との連携において医師会の方針がありましたら教えてください。」

豊田さん：「在宅医療を推進していく上で繋がりには絶対に必要ですから働きかけについて考えていきたいと思っています。当院では、以前透析患者の栄養指導をパートの管理栄養士に必要時依頼していました。今回、栄養ケア・ステーションに依頼できることを知ったので検討したいと思っています。また、2050年には65歳以上の一人暮らし世帯が20%を超えるというニュースを見ました。そのような状況になることが既に分かっているため、一人暮らしの人の栄養管理もできるようにしていければいいのではと思いました。」

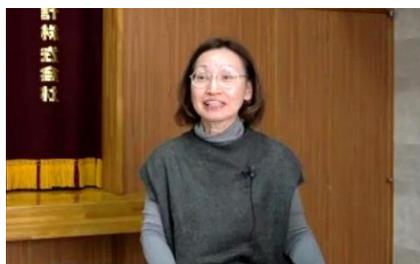
伊賀さん：「東病院でも在宅の活動を進めていきたいとお話がありましたが、数値的な目標や、活動目標があれば教えてください。」

田口さん：「まずは院内を整えなければ外に出ることができないので、上層部に声をかけて 1 件でも 2 件でも行ければと思っています。」

事前質問

質問：共催に栄養士会がないのはなぜでしょうか。

回答（連携センター 堀田）：苫小牧市から在宅医療・介護連携推進事業の委託を受け、苫小牧市医師会 とまこまい医療介護連携センターが「在宅あるある会」を主催し開催しております。共催につきましては、検討の上、生涯研修事業の認定対象の申請を行う歯科医師会、薬剤師会と苫小牧市に現在させていただいております。ご了承願います。



実践報告 1 田口さん



実践報告 2 宮田さん

【講 評】

北海道家庭医療学センター 理事長 草場鉄周さん

本日は素晴らしいお話を 3 人から聞いて良かったと思います。特に川畑さんは室蘭で一緒に仕事をしたり、当クリニックの外来栄養指導もしていただいたり、仲間という意識でお話を聞かせていただきました。

本日のお話にあったように栄養指導はかなり専門性が高いです。単なる栄養の知識ではなく、食形態の柔軟な変化、口の状態に合わせてどのような形で補給すべきか、総合的な観点から栄養を管理するプロフェッショナルであり、医師は全くかいません。おそらくこの分野に精通している看護師もそんなにいないのではないかと思います。

外来の生活習慣病管理料の算定が徐々に普及しつつありますが、医師が実際にアドバイスを行うのは難しいです。管理栄養士が活躍する余地が増えていると感じています。また、高齢者に対しては、生活習慣病の管理ではなく、タンパク質をしっかり摂ってフレイルを予防するという違う角度からの極めて重要な役割を担っていただけたと思います。

実践報告の二人から苫小牧の具体的なサービス提供の方向性を出していただきましたので、ぜひ利用してほしいと思います。なかなか使うまで手間がかかるので、最初の一步が億劫になると思いますが、私の経験から、一度依頼をしてレポートを読むとすごいなと思いますし、患者さんは「受けて良かった、また次回お願いします」という方がほとんどです。ぜひ依頼していただき実感して、これからどうしようかと考えていただくのが良いのではないかと思います。

ぜひ今日の学びを苫小牧のさらなる在宅医療の活動に繋げていただきたいと思います。