

在宅医療グループ診療運営事業

## 第8回 在宅あるある会

# 活動報告

2024年2月20日開催

在宅医療グループ診療運営事業「第8回 在宅あるある会」はテーマ『最期まで口から食べる楽しみをみんなを支えるために』より、現在苫小牧で食支援に関するどのような活動が展開されているかを知ることが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、ケアマネジャー等の54名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、在宅あるある会では敬称を「先生」ではなく「さん」と呼び合い、多職種でフランクに話しましょうと声かけがありました。講演は苫小牧歯科医師会 地域医療担当理事 安保直樹さんを講師にお迎えし、地域活動紹介では、王子総合病院 歯科・歯科口腔外科 主任科長 島西真琴さん、なの花北海道 道南エリア事業部 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それぞれの活動をご紹介いただきました。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。

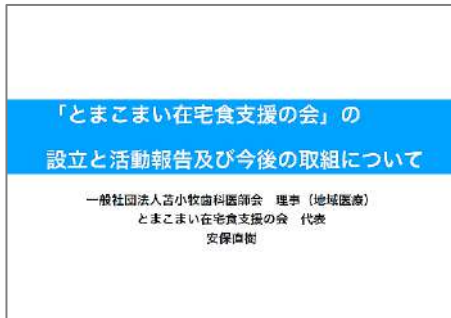


総合司会 伊賀さん



医療アドバイザー 草場さん

## 【講演】



安保さんには、『「とまこまい在宅食支援の会」の設立と活動報告及び今後の取組について』のご講演をいただきました。

高齢化が進む中、在宅療養している方々を支援する際に一番基本的で重要な問題として上がってくる「食」。管理体制が整っている病院・施設から在宅療養に移行していく際には食の問題がクローズアップされていくと考えられる。苫小牧地域で多職種連携によって問題解決できないかと活動して

おり、その設立の準備と現在までの取組みを通してどのように考えているのか、より多くの方との輪、食支援の流れを作っていきたいと話されました。

食えることは生活の基本的な要素であり、食べる・口から栄養を摂るということが上手いかなくなると低栄養状態となり、体重減少、サルコペニア（筋力・筋肉量の減少）が生じ、さらに基礎代謝の低下、エネルギー消費量が低下していく。これに附随して易疲労感、筋力の低下、身体機能の低下、認知機能の低下、活動量の低下が引き起こされ、さらに食欲・摂食量が低下、低栄養が進むというフレイルサイクルを断ち切ることが重要な課題であると話されました。在宅高齢者の7割以上が低栄養またはリスクがあるあると報告されており、退院後何を食べさせたら良いかわからない・食欲がない・体重が減ってきた等の困り事があっても、加齢だからしょうがない・体が弱っているからしょうがないと見過ごされることも多いが要因が異なることもあるため如何にアプローチできるかが重要と感じているとのこと。食べることに関わる職種は医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、言語聴覚士（ST）、ケアマネジャー、介護士、歯科衛生士等、多岐にわたる。超高齢化社会が進み、国は地域包括ケアシステムを構築し在宅医療を推進しており、「病院から在宅へ」というスローガンのもと病院から地域へ生活の場を移していくために様々な施策を行っている。そんな中、食のサポート体制がとられている病院から在宅へ移行した際にどのように「口から食べること」を繋げるか、食形態のマッチングが上手いかない・介護者（家族）に伝わりやすい等の場合でも連携によってシームレスに支えられないかということが「とまこまい在宅食支援の会」の活動背景だと話されました。

次に栄養サポートチーム（NST ; Nutrition Support Team）についてご説明いただきました。NSTとは「栄養サポート（栄養管理を症例個々に応じて適切に実施すること）を診療科間の垣根を超え、医師のみならず看護師、薬剤師、管理栄養士、検査技師らがそれぞれの専門的な知識・技術を活かしながら一致団結して実施する集団」と定義（日本栄養療法推進協議会）されており、現在多くの病院で成果を上げているとのこと。NSTは1968年にアメリカで始まった中心静脈栄養法が原型といわれており、日本では1970年代初頭に導入されるも欧米式の専属NSTの形式が実情に合わず、独自の持ち寄りパーティー方式兼業兼務システム（PPM ; Potluck Party Method）が考案された。2011年日本静脈経腸栄養学会がPPM方式のNSTを全国に普及させること、NST活動の診療報酬への反映を目指したNSTプロジェクトを立ち上げた。日本におけるNSTの三大目標は①一貫した栄養管理の提供、②少子高齢化対策、③地域一体型NSTの構築とされており、当初より急性期から慢

性期、在宅（福祉施設を含む）まで適切な栄養療法を提供できる体制作りが考えられていたとのこと。地域一体型 NST には単独診療所型、多事業所型、病院主導型があり、範囲の広い苫小牧地域において NST を展開するには多事業所型が活動しやすいのではと考えていると話されました。

「とまこまい在宅食支援の会」は地域で食べることに困っている方が“食べる楽しみ”を最期まで持ち続けられる取り組みを多職種連携で担っていくことを目的としており、①摂食嚥下に問題があり、困っている地域の方に対して各専門職からアドバイスをする。②「とまこまい在宅食支援の会」のメンバーが中心となって進める。③実践はケーススタディを重ね疑問点を解決しながら何らかの提言を対象者の方に対しアプローチできるように取り組んでいくことを活



講師 安保さん

動の定義としているとのこと。現在、苫小牧歯科医師会、北海道歯科衛生士会 苫小牧支部、北海道言語聴覚士会 日胆支部、北海道栄養士会 苫小牧支部、摂食・嚥下障害看護認定看護師（苫小牧市立病院）、ケアマネジャー（歯科衛生士有資格者）、糖尿病療養指導士、とまこまい医療介護連携センター、苫小牧市 介護福祉課地域包括係（オブザーバー参加）から参加している。設立は令和 3 年 2 月第 6 回在宅医療・介護連携推進のための多職種研修会が「在宅医療における訪問歯科診療」をテーマに開催され、研修会後のアンケートにて多職種連携による食支援の必要性を訴える声が多く寄せられたことがきっかけ。何らかの形で連携する場を持ってないかと考え当センターから歯科衛生士、管理栄養士、ST に呼びかけ第 1 回苫小牧要介護高齢者摂食嚥下意見交換会を開催したところ、地域連携の課題解決の順番・手段・方法がわからない、困ったときに質問できる連携が必要、実践したいと思っても業務に医師・歯科医師の指示が必要でありリーダーシップをとる人が必要等の声が上がりました。第 2 回開催時には、歯科医師、摂食・嚥下障害看護認定看護師、ケアマネジャーも参加し輪が拡大。第 3 回ではせっかく多職種で集まっていることから方向性を持って活動していこうと話し合われ、地域一体型 NST を立ち上げ行政との連携を模索しながら活動していくこととなったと話されました。依頼を受ける際のワークフロー、指示・契約、コスト、勤務先業務との兼ね合い等様々な課題・疑問が出され、全国の先進事例から山形県鶴岡市で地域一体型 NST を行っている「南庄内・たべるを支援し隊」が会の活動実態に近いのではないかとモデルケースとして選定されたとのこと。さらに令和 3 年度に行なわれた第 3 期第 1 回苫小牧地域ケア推進会議にて、当センターが食の支援の必要性から関係機関の協力をいただき、多職種による切れ目のない在宅医療と介護の提供体制構築推進を図っていくことを令和 4 年度事業内容に盛り込むことが承認されました。令和 4 年度は会の名称を「とまこまい在宅食支援の会」に決定し、苫小牧市健康支援課や苫小牧保健所からの講義、症例検討を通じて運営上の問題点の検討等も行い、第 2 回在宅医療を支える多職種学習会や第 5 回在宅あるある会にて食支援に関する研修会も開催しました（ぜひ当センターホームページより過去の活動報告もご覧ください）。南庄内・たべるを支援し隊は、医師、歯科医師、歯科衛生士、地域医療連携室看護師、管理栄養士、ST、作業療法士、理学療法士が連携し患者の栄養・食のサポートを行っている。代表 田口先生の許可のもと介入によって改善した事例もご紹介いただき、とまこまい在宅食支援の会でも同様な職種が参加しており介入を行っていけるのではないかと話されました。今年度ワークフローやリーフレットを作成しているとのことでした。

トのご紹介をいただき、周知啓蒙活動を行い一人でも多くの方にメッセージが届けばと話されました。一方で現在の課題について、①在宅患者・家族及び在宅医療介護関連職種に在宅における NST が浸透していないこと、②サービスを提供するにあたって関連する職種の中に現在の医療保険・介護保険の枠組みでは十分に対価を保証できない職種があることをあげており、②について現在どのような解決法があるのか各方面に相談し模索しているとのこと。現在とまこまい在宅食支援の会はステップ 1：「立ち上げ」と「体制確立」を行っており、1 日でも早くステップ 2：実績の積み上げと行政や関連各所との連携実績を作り、さらに最終目的のステップ 3：病院から在宅までの食支援の確立を目指していきたいと話されました。一人でも多くの方ができるだけ長く食べる楽しみとともに生活を送る手助けを多職種連携で行っていくために、在宅における食支援に少しでも関心のある方にぜひ力を貸していただきたい、食べることに困っている方がいたらお気軽に相談してくださいと話されました。

#### 総合司会からのコメント

フレイル、サルコペニア、低栄養の悪循環に陥っていく患者さんを診ている中で以前当院でも病院主導型 NST を実践しようと試みましたが体制の問題等の事情により継続できませんでした。地域の中でとまこまい在宅食支援の会の活動が広がっていくと皆で支えられるシステムができていくのかなと感じました。現在は医師・かかりつけ医がメンバーにいませんが、ぜひ一歩踏み込んでかかりつけ医に周知活動を行う等、医師が参加できるようにアクションを起こしてほしいと思います。

## Q A 質疑応答、意見・感想(1)

**A さん（ケアマネジャー）**：「以前勤務していた施設では、利用者さんが困っていたら歯科で嚥下評価や訓練をしてもらい、施設でも大変な思いをしながらもアプローチしている中で利用者さんが少しでも食べられて笑顔が見られると嬉しいと感じていました。在宅では多職種が集まるのは難しいのかなと思いながら聞いていましたが、これから在宅の方が増えてくると思いますし、実現できればとても良いと思いますので協力できるところはさせていただきますと思いました。」

**B さん（管理栄養士）**：「在宅で管理栄養士が必要だという声は所々で聞きますが、実際に地域に出る体制が整っていない・事例がないのが現状です。北海道栄養士会では認定栄養ケア・ステーションを立ち上げており診療所と連携をとる仕組みはあるものの周知が十分ではないのが現状だと思います。」

**伊賀さん**：「この後の地域活動紹介に繋がっていくと思いますが、安保さんが管理栄養士に期待する事をコメントいただけますでしょうか。」

**安保さん**：「自分の担当患者さんでも在宅で家族が何を食べさせたら良いのか困っていたり、栄養学的に大丈夫かなと思うような食事内容だったりということがあります。ぜひ専門的な知識をもつ管理栄養士の方から、『この部分をこのように変更しましょう』等の具体的なアドバイスに期待しているところがあります。現状の制度では管理栄養士の方と一緒に地域に出っていくのが難しいですが、今後現場と一緒に活動で

きる日が早く来ないかなと思っています。」

**伊賀さん**：「いきなり大ホームランを狙うのではなく、相談事例を重ね、出来る範囲での評価・介入を少しずつ行い、一人ずつ塁に出していくことで次の得点に繋がっていくと思います。」

## 【地域活動紹介①】



島西さんには、王子総合病院で取り組んでいる「EST (Eating Support Team) 委員会」についてご紹介いただきました。

EST 立ち上げの経緯は、2019 年病院機能評価、2020 年度の診療報酬改定にて多職種チームによる摂食嚥下支援が評価されたことを踏まえ、2020 年 1 月に立ち上げ、「摂食嚥下障害を有する患者さんに対して多職種から構成される摂食嚥下支援チームが介入することで機能維持、誤嚥性肺炎の減少、QOL の改善に寄与すること」を目的に活動を開始したと話されました。現在のメンバーは看護師、管理栄養士、ST、歯科医師、薬剤師、耳鼻咽喉科医師、歯科衛生士、事務課職員であり、毎月コアメンバーにて活動報告・活動目標・検討事項等を 30 分～1 時間会議を行っているとのこと。

次に摂食嚥下に関する急性期リハビリテーション（リハ）についてご説明いただきました。急性期リハ→回復期リハ→生活期リハ→在宅という流れの中で、急性期リハは生き甲斐のある生活や摂食への意欲、体力向上によって摂食嚥下機能が改善する可能性は少なくないことから、急性期リハを担う医療機関で失敗や頓挫してしまうと患者の QOL に影響する良くない流れとなってしまうため重要だと話されました。摂食嚥下の急性期リハでは、1.頻回の口腔ケアと長期間におよぶ経鼻胃管の不用意な留置の回避によって誤嚥性肺炎を予防すること、2.早期評価によって摂食可能か不可能か安全に摂食可能な食品を決定する、3.間接訓練によって摂食嚥下関連器官の廃用を予防する、4.早期離床を促進し全身耐久性の低下を予防する、5.誤嚥防止の体位を検討することが重要とのこと。一般的な摂食嚥下リハでは、評価：病歴聴取・理学的所見（改定水飲みテスト、反復唾液嚥下テスト、フードテスト）・嚥下造影検査・嚥下内視鏡検査を行い、嚥下訓練：間接訓練・直接訓練・嚥下調整食に移行する。また、摂食嚥下リハの土台として、患者の全身耐久性・栄養・水分補給、口腔ケアが重要であると話されました。嚥下訓練の直接訓練は食物を用いて嚥下機能を改善させる訓練であり、言語聴覚士協会の示す経口摂取開始の前提条件（覚醒状態、全身状態、呼吸状態、嚥下反射、口腔内が清潔で湿潤している等）をご説明いただきました。直接訓練で重要なのは安全に行うことであり、そのために食物形態の調整、嚥下訓練手技、食具の選択・工夫、環境調整を行う必要があるとのこと。誤嚥、肺炎、窒息のリスクが常にあるため、中断・中止の判断が極めて重要であり、医療者が一方的に自分たちの考えを押し付けて「とにかく食べさせよう」と独りよがりにならず状況判断を行う必要があると話されました。間接訓練は食べ物を介さないで行う訓練であり、食事前の準備体操、各器官の運動の協調性を改善させる訓練、直接訓練で用いる手技獲得のための練習等だが、単調になりやすく訓練意欲が低下しやすいため配慮が必

要とのこと。

王子総合病院での摂食機能療法（診療報酬項目名を使用）介入までの流れをご紹介いただきました。ST：食事介助を病棟に依頼・摂食機能療法を打診→看護師：介入を検討（食事介助を行っている患者）・主治医に報告→主治医：摂食機能療法の介入を判断→介入と判断された場合、主疾患が脳卒中以外では耳鼻科に嚥下内視鏡検査を依頼（脳卒中の場合は不要）→摂食機能療法を開始しているとのこと、実際の介入状況の写真もご提示いただきました。対象診療科・病棟は立ち上げて間もないことから絞って実施しており、現在までに9診療科の病棟まで拡大、今後対象病棟をさらに拡大していく予定とのこと。2022年4月～2023年7月の期間で17人の患者に計109回の摂食機能療法を行ったが、立ち上げたばかりで褒められる数字ではないと話されました。対象患者数が少なく職員への摂食嚥下リハの周知が不十分であること、マンパワーの不足が現時点の問題点であり、人手が必要な食事介助において良い方策がないか日々悩んでいると話されました。一方で、現在1名が摂食・嚥下障害看護認定看護師の研修中（2025年取得予定）であるとのこと。最後に、患者さんの『食べる』ことを支えるために多職種で構成されるチームが嚥下機能の精査を行える体制作りを目指していきたいと話されました。

## 【地域活動紹介②】



なの花薬局 苫小牧三光店に所属し、苫小牧市内のなの花薬局 10 店舗を巡回しながら地域に出向いて管理栄養士として活動されている宮田さんから『認定栄養ケア・ステーション』についてご紹介いただきました。

「栄養ケア・ステーション」は 2008 年日本栄養士会が地域住民の栄養相談・栄養指導の場として開設し、

2018 年より日本栄養士会に申請・認定を受ける認定栄養ケア・ステーション制度が開始され、現在では全国で 512 拠点を展開。なの花薬局では、薬局にかかる患者だけでなく地域の栄養も支える場として 2022 年 4 月に認定栄養ケア・ステーションを取得し、なの花北海道道南エリア事業部を拠点に苫小牧エリア 2 人、室蘭エリア 1 人、日高エリア 1 人が活動しているとのこと。実施しているサービスは、店舗内での栄養指導、栄養価計算・献立作成、セミナー講師、地域ケア会議への参加、料理教室開催等の 9 項目であり、本日は在宅訪問栄養指導について詳しくご説明いただきました。

在宅療養では病院や施設のように食事摂取量や栄養状態を把握することは難しいことから、訪問栄養食事指導では在宅療養者が安心して自宅で生活が続けられるよう管理栄養士が自宅に訪問し食事や栄養面の支援を行うものであり、病院の栄養管理とは異なり QOL の向上、重症化予防が目的とのこと。食事摂取量と栄養状態の確認、調理指導、咀嚼・嚥下機能にあわせた食事調整の指導等も行っているとのこと。管理栄養士の役割は在宅療養している方の生活を「食」から支えることであり、例えば心不全患者では塩分制限・減塩が必要であるが、実際に食事が十分に摂取できていないときに漬物が食べたいという気持ちがあれば、「すぐに全てが駄目」と指導するのではなく現在の食事から塩分摂取量

を計算し安心して食べられる範囲を伝え、食事を楽しむ・食べたい物を一口でも食べられるように指導できるのは管理栄養士ならではだと話されました。一方で、必要性・緊急性を感じない、食事はできていると思っている等、管理栄養士が介入する必要性が理解されていない課題もあり、本人・家族・多職種に在宅訪問栄養指導ができること、介入をする上で何ができるのかの理解を得ることが重要とのこと。

保険適用の訪問栄養食事指導に関して診療所と契約実績がある都道府県の栄養ケア・ステーションは約4割で、その理由は「相談そのものがない」、「事務処理に手間がかかる」等の課題があげられているとのこと。北海道の栄養ケア・ステーション活用の流れについては日本栄養士会のウェブサイトをご紹介いただきました (<https://www.dietitian.or.jp/caestation/introduce/>)。次に、なの花薬局の栄養ケア・ステーションを活用する場合のご説明をいただきました。医療または介護保険を利用する場合、現在の保険制度では薬局で行う訪問指導は算定することができないため、医療機関と栄養士会の栄養ケア・ステーションが契約を結び医療機関が算定する形となる。北海道栄養士会の栄養ケア・ステーションを通すため介入までに時間がかかり大きな障害となってしまうとのこと。一方、保険を利用しない場合には患者の同意のもとかかりつけ医療機関からの指示書を受け、直接患者となの花薬局の管理栄養士がやり取りを行う自社サービスを展開している。サービス内容は30分～1時間/回、1～2回/月、初回500円（2回目以降3,000円/回）、対象は食事で困っている方は誰でも利用可能（医療機関で栄養指導を受けている場合は対象外）。医師の指示書に基づき栄養状態・食事状態の把握、問題点の抽出、食事相談等を行い、生活・病態にあわせた指導計画書を作成、指導後は栄養ケア計画書・報告書を作成し医師やケアマネジャーに報告を行っているとのこと。本研修会のテーマである「最期まで口から食べる楽しみをみんなで支えるために」管理栄養士も患者に寄り添い一人一人に合わせた提案ができるよう活動しており、在宅療養している方々が食事に対する不安を取り除き、楽しみとして過ごせるように薬局の管理栄養士も他職種と連携・情報共有しながら活動していきたいと話されました。



活動紹介① 島西さん



活動紹介② 宮田さん

## 総合司会からのコメント

王子病院という大きな病院で嚥下に対する取組みが始まったのはとても心強いと思います。当院で受入れている回復期リハビリ患者さんでここ数年経鼻チューブが入っている率が減っている感覚がありますし、道筋がついてから来ていただくと非常に助かります。さらに対象病棟を拡大予定ということで、地道に活動していく中で院内の空気が変わり看護師が「EST に相談してみよう」という文化ができると流れが変わってくると思います。

医療保険で認定栄養ケア・ステーションを利用するには診療所と契約する等複雑な構造となっているためニーズはあるものの使いにくいという現状の中、保険外で1回目訪問を500円と低額で実施しておりこれから少しずつでも行っていかなければならない領域だと感じました。市内開業医が契約し苫小牧でも実績が積み上がっていくとどこかで広がっていくポイントが来るのではと感じます。

## 質疑応答、意見・感想(2)

**C さん（歯科医師）**：「①EST 活動のアウトカムの設定（指標等）があるのか、②回復期や在宅に移行する際のコミュニケーション（連携）について教えていただきたいです。」

**島西さん**：「①アウトカムはありますが急性期病院の性質上、（介入が）中断してしまうことが多いです。統一したアウトカム設定が望ましいですが、転院・退院・主治医の判断等で中止となってしまうことも多く、EST の存在意義を院内周知するため病棟で勉強会等を開催しています。②退院時指導や看護添書等がありますが、日常業務に追われ上手く伝わっていない部分はあると思います。せっかく EST の活動を行っているので回復期や在宅に繋いでいけるように情報を発信していきたいと考えています。」

**C さん**：「訪問栄養食事指導に関して必要性・ニーズを感じていない方に保険制度外で介入する際のモチベーションの維持について工夫している点があれば教えていただきたいです。」

**宮田さん**：「必要性は管理栄養士からよりもケアマネジャーや家族からの意見の方が感じてもらえることが多い印象があります。継続については2回目以降料金が上がってしまうためこちらから伝えることは少ないです。訪問する代わりに電話をかけて最近の様子を聞く等、食事への意識がなくならないように活動しています。」

**D さん（歯科医師）**：「根気のいる間接訓練について訓練意欲を上げるための工夫や魔法の言葉がもしあれば教えていただきたいです。」

**島西さん**：「実際に病棟で訓練を行っているのは ST、看護師等のため私自身は具体的な声掛けについて把握しておらず申し訳ありません。一般的には無理強りするような言葉は良くないと言われていて、直接訓練と同様に医療者は何とかしようとして『頑張ってみよう』と言ってしまいがちですが、『別にそんなことなくてもいい』と考えている患者さんもうらっしゃいますので、その辺りに気をつけていると思います。」

**伊賀さん**：「講演、活動報告を受け、地域のネットワークを作っていければと強く感じました。今回新しい取組みも見えてきたので課題を皆で一歩ずつ進め広げていければと思います。」



## 【講 評】

北海道家庭医療学センター 理事長 草場鉄周さん

摂食・嚥下についての議論は誤嚥性肺炎の予防や経管栄養を少なくするという観点から診療報酬の誘導がかかり病院から始まったと思います。多忙な急性期病院で EST という多職種チームを運営されているとことで大変勉強になりました。地域における NST 活動については、各地の先進的な取組みから良い部分を取込み苦小牧でどう実践するか等、長期的に活動を続けるために計画的に取り組んでいることに非常に感銘を受けました。伊賀さんもおっしゃったように鍵を握るのは地域の開業医や病院の内科医のため、食支援チームの存在をアピールすることが重要だと思います。70 歳代後半からは生活習慣病等だから食べ過ぎだとか、これを食べてはいけないというモードからフレイル予防のために食事をしっかり摂る方向に切り替えなければいけません。ぜひ医師会で食支援をテーマに医師向け講演会を企画する等作戦を練ってアピールしていくと成果が出るのではと思います。

認定栄養ケア・ステーションは診療報酬の制度が追い付いておらず難しい状況にあるのは否めませんが、国も制度を変える方向で動こうとしていると感じます。1 回目の訪問を非常に低額で実施していることに非常に感銘を受けましたし、そのような試みは数年経って制度が追い付いてくるのが日本のシステムなので、少しやせ我慢をして頑張っていれば地域の中で良いネットワークを築いていけるのではと思います。管理栄養士の力は非常に大きく、一度依頼すると細やかさに驚く他職種は多いと思いますし、ぜひ在宅ケアチームに入っていただき地域のネットワークを展開して行ってほしいと思います。

食支援、栄養という観点から、多職種の連携・ネットワークを苦小牧で作っていただければと思います。