



草加八潮地域連携呼吸器研究会 (SYRC-R:シルク・アール)

事務局：草加内科呼吸ケアクリニック

〒340-0043 草加市草加1-4-5
TEL 048-999-5941
FAX 048-999-5986

- 代表世話人・会計：高木 寛
(高木クリニック)
世話人：加藤 貴紀
(かとうファミリークリニック)
平田 大介
(草加八潮医師会学術担当理事・平田クリニック)
篠原 浩一
(吉川中央総合病院)
広報・編集：新 謙一
(草加内科呼吸ケアクリニック・前東京医科歯科大学臨床教授)
看護・介護部門世話人
花木 美穂子
(わーくわっく草加)
須鴨 義夫
(一正堂薬局第二支店)
神津 陽子
(訪問看護ステーションあおぞら)
高橋 克幸
(獨協医科大学越谷病院リハビリテーション部)
新 智美
(草加内科呼吸ケアクリニック)
監査：須鴨 義夫
(一正堂薬局第二支店)
会報著作・製作：新 謙一

SYRC-Rは草加八潮の周辺地域からのご参加も歓迎致します

日本在宅栄養管理学会：次回は2016年6/25～26（兵庫県西宮市）



大会長田中先生(中央)と中村先生(右隣)

今回私達が参加した第3回日本在宅栄養管理学会は日本各地にいる栄養士が中村育子先生のような活動を目指して熱心に研鑽を積む様子を見てきました。栄養士だけでなく看護師の参加者からも発言があり、栄養士のスキルを求めている他職種のニーズも感じられました。志を同じ方向に持つ仲間と職場を超えて繋がることのできるのは大変素晴らしい事です。今回の大会長である田中弥生先生はCOPDの栄養管理をライフワークにする一方で、日本栄養士会が全都道府県で進める地域の栄養ケア・ステーションの仕組みを機能させていくことにも熱心に取り組んでいます。今回予想を上回る学会参加者を集めたと聞きましたが、来年の学会も楽しみです。

編集後記：前回第16回SYRC-Rで、埼玉県は人口比で全国で最も医師が少ない県で看護師は最下位から2番目の少なく、その中でも草加八潮から春日部までを含む埼玉県東部医療圏の診療所数が2014年の日医総研レポートで全国偏差値「35」という数字をご紹介しました。私達の医療圏の危機感を経済学者は解決策の1つとして「住民の地方移住」というショッキングな案を出してきましたが、この地域に住む我々は多職種で共有すると共に地域の問題から目を反らさず、食べられなくなる前兆を早期に捉え病気が悪化する前に誰かがアクションを起こして「仲間」に繋げる事こそが重要なのではないのでしょうか（謙）。

シルク・アール：質の高い滑らかな地域連携に！

草加八潮地域連携呼吸器研究会（英名：Soka-Yashio Regional Conference of Respiratory Disease）は頭文字をとりSYRC-Rと表記し、「シルク・アール」と発音します。絹（シルク）の様に質の高い滑らかな連携がある（アール）ことを目指しての語呂合わせのネーミングです。名前負けしないように継続発展させていきたいと考えています。皆様のご理解とご協力を何卒よろしく願い申し上げます。

次回第18回SYRC-Rは11月25日（水）冬の気道感染予防

TVコマーシャルでも目にしますが高齢者の肺炎球菌ワクチン接種が2014年から5年間の計画で実施中です。今回は冬を前にして高齢者の気道感染予防について、横浜市立大学呼吸器内科主任教授の金子猛先生をお招きして医療職だけでなく介護職にも分かりやすくご講演頂く予定です。皆様のご参加をお待ちしています。

草加八潮地域連携呼吸器研究会 (SYRC-R)

～地域は大きなホスピタル～
お互いの顔が見える地域連携に

ハイライト:

高齢者で食べなくなるとADLが低下し様々な病状が悪化する事を経験します。もともと「フレイル」という筋力や心身の活力が低下した状態を経て要介護状態が生じるのですが、我々は高齢者の異変に早期に気づき、気づいても適切に対処していただいでしょうか？本日は高齢者の食をテーマに、地域の実践者と日本の在宅栄養管理のフロントランナーをお招きしました。みんなで食べることを考えてみたいと思います。

目次:

- 埼玉の高齢者を本当に遠くの地方に移住させていいのか? p1
- 講演：在宅訪問栄養食事指導と多職種連携 福岡クリニック 中村育子先生 p2
- 教育講演：訪問歯科診療～COPD+呼吸不全症例も含め～ オウル歯科 石塚ひろみ先生 p3
- パネルディスカッション 「在宅での食事の実際について考える」 p3
- 第3回日本在宅栄養管理学会学術集会より p3
- 次回第18回SYRC-R（2015年11月25日）は冬を迎える前の呼吸器感染症対策（肺炎球菌ワクチンも含めて）について横浜市立大学呼吸器内科教授金子猛先生の講演が決定 p4

「地域包括ケアシステム」は各地域の特性を生かした「地域ヒューマン・ネットワーク」である

地域住民を遠くの地方へ「移住」させて本当にいいのか？
～今、我々にできることを～

日本 創成会議は2025年問題の解決法の1つとして首都圏の住民に介護が必要な状況に備えて地方への移住を勧める提言を6月4日に発表しました（http://www.policycouncil.jp/）。

首都圏の中でも特に埼玉県の後期高齢者の増加率は54%（東京34%、神奈川46%、千葉51%）と全国で最も高く、行政は有効な手段を示していないのが現状です。

B. R. アナセン教授（デンマーク）によると福祉医療政策の3原則は以下の通りです。

1. 人生の継続性
2. 自己決定
3. 自己資源の発揮

最初に掲げた「人生の継続性」を正面から否定する首都圏住民の地方への移住策は、先進国の福祉医療政策を実行する我々としては看過できない話です。

しかし、提言を良く見ると別添資料の様に、1. 医療介護サービスの「人材依存度」を引き下げる構造改革、2. 地域医療介護体制の整備と高齢者の集住化の一体的促進、3. 一都三県の連携・広域対応が不可欠、4. 東京圏の高齢者の地方移住環境の整備、が掲げられ、地方移住にしても定年前から勤務地選択の判断材料として医療介護の充実した地域を提案するとしています。

よくある植木鉢に葉っぱ3枚の絵（厚労省）は地域包括ケアシステムの概念図ですが、5つの構成要素「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」をより詳しく、またこれら要素が互いに連携しながら有機的な関係を担っていることを図示しています。つまり、



地域における「住まい」「生活支援」をそれぞれ、植木鉢、土と捉え、専門的サービスである「医療」「介護」「予防」を植物と捉えています。植木鉢・土のないところに植物を植えても育たないのと同様に、地域包括ケアシステムでは、高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた「住まい」が提供され、その住まいにおいて安定した日常生活を送るための「生活支援・福祉サービス」があることが基本的な要素となります。そのような養分を含んだ土があればこそ初めて、専門職による「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保険・予防」が効果的役目を果たすと説明されています。健康寿命と平均寿命の差を埋めるには寝たきりを予防する、そこに栄養状態の改善・維持は大きな役割があります。50%が自宅で死ねれば介護資源は今の試算より資源が節約できるとも言われています。高度急性期・急性期から在宅・診療所に大きな流れが生じている中で、在宅スタッフは患者さんの最後の友人として、最後の夢をかなえるためのお手伝いをする仕事です。在宅患者のニーズは多様で素早い対応が重要です。お互いの職種が持つスキルを栄養士を含めた専門職と一緒に学び、コミュニケーションスキルを上げてヒューマン・ネットワークを作り、自分の職種外的事象にも背を向けないよう行動変容する時期が来たと言えます。

特別講演：在宅訪問栄養食事指導と多職種連携

福岡クリニック 栄養課課長
日本在宅栄養管理学会 副理事長

中村 育子先生

プロフェッショナル 食べる楽しみが、希望を生み出す 仕事の流儀 訪問管理栄養士・中村育子



http://www.nhk.or.jp/professional/2014/1006/#towa
「NHK プロフェッショナル 中村育子」で検索
(記事はHPの抜粋です)



私は、招かれざる者

今、国が推進する在宅医療で深刻なのが食事の問題。糖尿病や腎臓病をはじめ自宅療養する場合、目が行き届く病院と異なり、食生活の自己管理が難しく再入院する患者が少なくない。そんな現場で栄養指導を行い、1,000人へのぼる患者の食生活を劇的に改善させてきたのが、訪問管理栄養士の第一人者・中村育子だ。患者と向き合うときに中村が心にとどめるのが【私は、招かれざる者】という考え方。

病状を改善させるためには、時に厳しい食事制限を患者に強いることがある。自分がそんな存在であることをまず認め、それから患者に寄り添うにはどうすればよいかを考え尽くす。「最初から食事療法したいと思う人はいないですね。その人をどう振り向かせるかっていうのが、これはやっぱりわれわれの力なんじゃないかと思えますね。その人がどういう価値観なのかをまず知って、そこから作戦を立てます」

食は、人生を映し出す

中村は患者を訪問すると、まず聞き取りから始める。どのような食生活を送っているかはもちろん、誰が料理を作るのか、食材を買う店はどこか、さらに趣味や育った環境に至るまで、ありとあらゆることを聞き出す。患者が食に対してどのような考え方をしているのか、在宅患者だからこそさまざまな観

点から捉える必要があると中村は考える。「在宅の患者の場合はよいお洋服を着て、どこかにお出かけできるわけでもないし、やっぱり食事っていうのがいちばん楽しみになってくるので、食事が嫌になったりとか苦痛になったら、いったい何のために食事療法してるのか分からないので、生きがいに何とかつなげていければと思います」

食べることは、幸せの源 ～食べるということが人に与える力を大切に～

元々、病院などの食事を手がける管理栄養士だった中村。患者の家を訪れるようになった出発点には、決して忘れることのできない悲しい出来事があった。32歳のとき、70代の女性にお弁当を届けることになったが、訪れると女性は風呂場で息を引き取っていた。自宅での食生活に目が行き届いていれば体の異変に気づけたのではないか。病状に合わせて献立を立てられてい

れば、亡くなることはなかったのではないかと。猛烈な後悔から、中村は患者の家を訪問すると決めた。だが、前例のない訪問での栄養指導はなかなか受け入れてもらえず、転職すら考えるほど深い悩みにさいなまれた。そんなある日、出会ったのが脳梗塞の後遺症で飲み込む力が極端に落ちた男性だった。男性は胃から栄養を取る「胃ろう」に頼っていたが、もう1度口

から食べたいとリハビリを懸命に行っていた。なんとか協力したいと、中村も安全に食べられる方法を模索し続けた。1か月後、男性がベースト状にした大根を再び口から食べることができた。男性は涙を流し「おいしい」とつぶやいた。「食べるということは人に底知れない力を与える」。このことを胸に刻み、中村は一人一人の患者と向き合うようになった。

教育講演

訪問歯科診療

～COPD+呼吸不全の連携例も含めて～



オウル歯科

オウル歯科 (旧:田中歯科診療所)

院長 石塚 ひろみ 先生

歯は食べるために最も重要な役割を果たしますが、訪問歯科診療では何に注目して管理しているのでしょうか？本日は在宅診療実績があり、地域でご活躍の石塚先生に「サイボウズLive」で患者情報をIT連携して共有して頂いたCOPD+慢性呼吸不全症例も含めて、様々な職種の皆様に実際の診療の一端を紹介して頂きます。

訪問歯科診療は歯や入れ歯だけではありません。

- ・あたりまえとなった？専門的口腔ケア →ホームケアの指導
- ・舌や口唇・口腔粘膜の変化→適切な治療指針
- ・舌の機能評価 (舌圧と握力の相関関係) →リハ
- ・発音・発生→ヤリハ
- ・摂食嚥下機能の評価→リハ・**食形態のチェック**
- ・顎関節の異常→習慣性亜脱臼など
- ・オーラルジスキネジア→マウスガードなど

パネルディスカッション 在宅での食事の実際について考える

実際に高齢者のお家で調理をするヘルパーの意見として、現場で栄養士との関わりが殆どない、お金を払ってまで居宅療養者が栄養指導を受けたがらない、在宅を知らない栄養士が退院時に無茶な指導をする、1人暮らしの食事の作り方を考えて指導すべ

き、栄養士は1回だけでなく数回介入して欲しい、特段の専門的配慮を要する調理としてヘルパーが算定(1-1-3)できるよう配慮して欲しい、などの意見が下記の学会で示されていました。デンマークでは体重が2kg減少したら8週間

の集中プログラムがあるそうです。制約の多い高齢者に即した在宅の食事について、ご講演頂いた中村先生・石塚先生の他に、病院での栄養サポートチーム (NST) 活動に造詣の深い獨協医科大学付属越谷病院消化器内科准教授の鈴木孝知先生にも加わって頂き、地域のCM/薬剤師の須鴨義夫先生、地域包括支援センターからは石下谷智子先生・吉田妙子先生にもご登壇をお願いしました。地域の現状もふまえて、私達ができそうな事を探ります。

第3回日本在宅栄養管理学会 in 東京(2015年6月)

在宅医療の現場での栄養士への期待と課題

北美原クリニック理事長 岡田晋吾先生 (函館市) のシンポジウム抄録転載

在宅医療は病院(病棟)医療、外来医療に並ぶ第3の医療と言われるようになってきている。ここ10年ほどで在宅医療に熱心に取り組む医療・介護関係者が増えており、それぞれの地域において多職種で一緒に勉強したり、情報交換する研究会などが立ち上がっており、今後ますます在宅医療の質の向上が急速に測られるものと考えられる。在宅医療は自宅に伺って行う医療だけでなく介護施設や老人ホームなどで行われる医療も対象であり、社会の高齢化に伴い、在宅医療の対象は

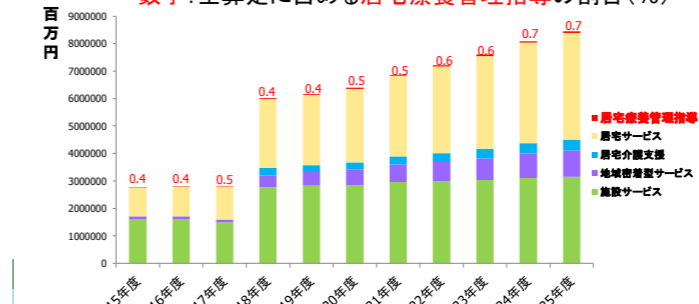
ますます広がっていくものと思われる。在宅患者はその基礎疾患、療養環境はさまざまであり、栄養管理の目的は患者によって違い、リハビリテーションをしっかり行うための栄養管理、摂食嚥下訓練を行って胃瘻から離脱するための栄養管理、がんと闘うための栄養管理、静かな最期を迎えるための栄養管理などさまざまである。また、最近は老人ホームなどで終末期を迎え、我々が看取することも増えてきている。このように在宅での栄養管理の必要性は増しているが、「栄養士による」

居宅療養管理指導は広がっていない(下図)。その理由として①医師・看護師などが管理栄養士の存在を知らない、②患者・家族のニーズが栄養士よりヘルパーとなっている、③栄養士が在宅医療の基礎知識が乏しく現場に入り込めていない、④病院・施設・在宅の栄養士間の連携が取れていないなどが考えられる。

患者の状態、介護者の状況に応じて適切な栄養管理法を選択できるように関係者で話し合うことが重要と考えている。退院前カンファレンス、サービス担当者会議などに栄養士が呼ばれることから始めていくことが大切と考えている。

本邦の介護サービス算定実績

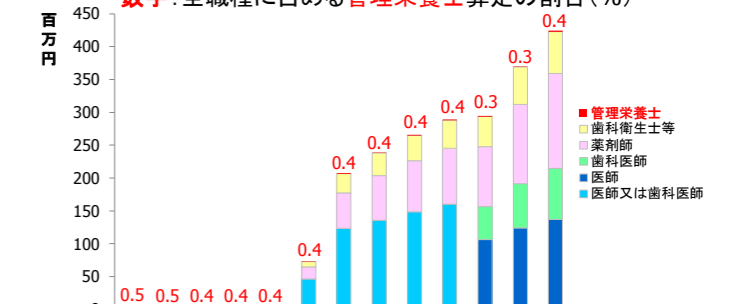
数字: 全算定に占める居宅療養管理指導の割合 (%)



厚生労働省介護給付費調査結果より引用、改変
草加内科呼吸ケアクリニック・草加八潮地域連携呼吸器研究会 (SYRC-R)

居宅療養管理指導費における各職種の内訳

数字: 全職種に占める管理栄養士算定の割合 (%)



厚生労働省介護給付費調査結果より引用、改変
草加内科呼吸ケアクリニック・草加八潮地域連携呼吸器研究会 (SYRC-R)