

栄養

評価と治療

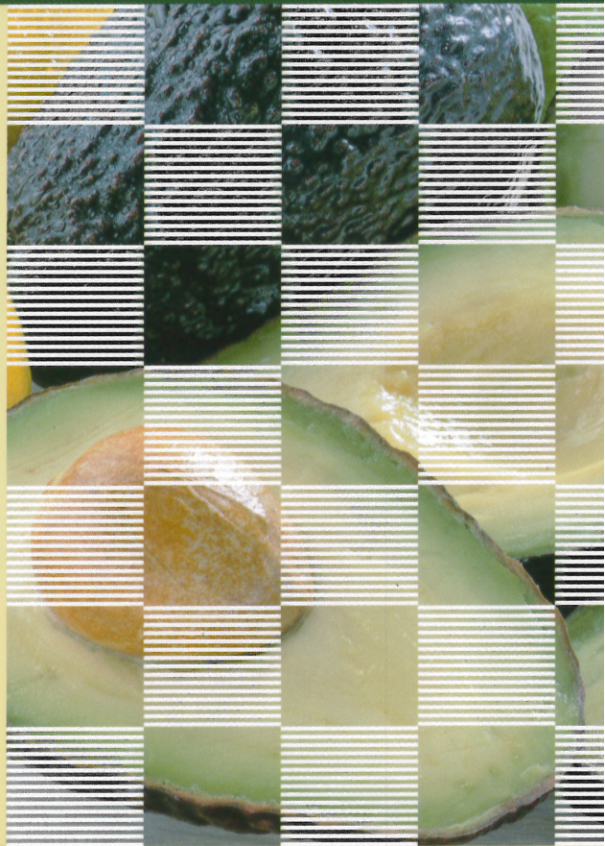
8

Japanese Journal of Nutritional Assessment

特集

高齢者の栄養管理

- 高齢者の栄養疫学、生命予後への影響
- 過栄養に対する介入の重要性
- 高齢者の栄養障害
 - 1) 高齢者の栄養とサルコペニア・虚弱
 - 2) 慢性期病棟における栄養状態とその管理
 - 3) 居宅における栄養状態ならびに栄養管理の実態
- 在宅における栄養管理(在宅NST)
 - 今後の地域包括ケアの充実と在宅栄養管理
 - 1) 医師の立場より
 - 2) 管理栄養士の立場より
- 高齢者周術期の栄養管理
- 高齢者の栄養管理における嚥下障害の重要性



好評連載

みんなですめる臨床栄養管理

● 第25回「岡山大学病院臨床栄養部」

症例による病態栄養講座

● 第77回「褥瘡患者の栄養管理」

用語解説 「autophagy」

学会レポート 「第67回日本栄養・食糧学会大会」
「第50回日本外科代謝栄養学会学術集

海外文献紹介

● 投稿論文

在宅における栄養管理（在宅NST） —今後の地域包括ケアの充実と在宅栄養管理

1) 医師の立場より

Nutrition support team in home care

長尾和宏

SUMMARY

超高齢・多死社会を乗り切るために、中学校区を一単位とする「地域包括ケア」という概念が提唱されている。そのなかで、食べることを多職種で支援するシステムの構築が急がれている。ケア会議を利用したり、訪問栄養指導を核とした「在宅NST」活動を積極的に推進する必要がある。

KEY WORDS

- 地域包括ケア
- ケア会議
- 在宅NST
- 経口補水療法

I

地域包括ケアとは

超高齢社会における生活、療養の場が問題になっている。病院や介護施設の箱物には限りがあるなかで、多死社会における最期の療養の場をどうするかについての議論がなされている。現在、年間約120万人が死亡しているが、2025年には年間160万人が亡くなりそこがピークになると予想されている。つまり今後12年間、さらなる超高齢・多死社会を迎えるにあたり、終の住処の確保が国家的課題となっているのである。現在、病院死が約8割、在宅死が1割強を占めているが、今後新たに増加する「47万人の死に場所」をめぐる議論が急がれつつ、まずは介護施設に加えて厚生労働省と国土交通省の連携で、サービス付き高齢者向け住宅の建設が推進されている。

一方、在宅医療と24時間介護を柱とした地域包括ケアシステムの構築が全国各

地で模索されている。そこでは、住み慣れた「地域」を1つの病院とみなし、地域にもよるがおおむね20～30分で駆けつけられる中学校区が1つの療養単位と想定され、24時間定期・巡回型の介護ヘルパーや訪問看護師が地域包括ケアシステムの主役となるよう政策誘導が練られている。地域包括ケアシステムの推進者は医療者とは限らず、介護職、行政、NPOなど誰であってもかまわない。地域の多職種が協働して地域完結型の高齢者ケアシステムを構築しようという発想である。これが「地域包括ケア」という考え方であり、このような発想の転換をしないかぎり、いわゆる2025年問題を乗り切れないということが共通認識となっている。

II

在宅医療の推進と摂食・嚥下ケア

2006年、在宅療養支援診療所（在支診）制度が新設され、約1万件の診療所が登

録された。24時間365日対応、ケアマネージャーや介護職、そして後方支援病院とも緊密な連携を取り、年間看取り数を報告することが義務づけられている。2012年には、さらに機能強化型在宅療養支援診療所制度が新設され、在宅医療を提供する診療所は特に看板を掲げていない診療所と合わせて現在3類型となっている。これらに加えて、200床未満の病院にも在宅療養支援病院（在支病）として在宅医療の門戸が開放された。これは、文字通り在支診を支援する病院であるが、在支診が存在しない地域では在支病が在宅医療を提供することになる。

地域包括ケアシステムの根幹は、介護と医療の連携、すなわち多職種協働である。医師、看護師、ケアマネージャー、介護福祉士、理学療法士の協働は当然のこと、薬剤師、歯科医師、歯科衛生士、栄養士にも関わることを忘れてはいけない。住み慣れた地域で高齢者や末期癌の患者が最期まで過ごすためには、食べることで緩和ケアが今後の大きな柱になると考えられている。

現在、肺炎が死因の第3位に浮上し、高齢者肺炎の大半は誤嚥性肺炎である。誤嚥しやすいからという理由で口から食べさせずに胃瘻を造設する医療者がいるが、安易な胃瘻造設には疑問が投げかけられている。また、誤嚥＝誤嚥性肺炎であると誤解されていることが多いが、誤嚥してもしっかりと咳をして痰として咯出できれば肺炎には至らない。一方、胃瘻を造設していても摂食・嚥下が可能であれば、口から食べても全く問題はない。むしろ、口から食べて不足分を胃瘻から

注入し補足するのが本来の胃瘻の目的である。しかし、入れっぱしになっている胃瘻が多いのが現状である。これは、胃瘻の多くが急性期病院で造設され、次の病院・施設・在宅に移った途端に口から食べることが忘れ去られてしまうためである。最期まで口から食べることを多職種で支援することこそが、地域包括ケアの柱であるともいえる。すなわち、地域包括ケアにおいては胃瘻の有無にかかわらず、摂食・嚥下リハビリと口腔ケアの重要性が増す。

IV

在宅NSTの現状と課題

さて、病院では栄養サポートチーム(nutrition support team ; NST)が組織されるようになってきている。しかし本当に栄養サポートが必要になるのは、病院を退院してからである。高齢者の3~4割は潜在的に低栄養の状態にあり、病院NSTだけではそれを支えきれないため、当然地域において摂食・嚥下支援と同時に栄養サポートをしっかり行うことが大切になる。

一方、「在宅NST」という言葉があることはあまり知られていない。筆者は数年前から「在宅NST」を提唱し、地域で実践している1人である。全国的には先進例がいくらかもあるが、筆者の地元で行われている「尼崎在宅NST研究会」は今年で4年目を迎えた。栄養士による訪問栄養指導を柱とした栄養管理を在宅で積極的に推進するために、研究会や勉強会を運営し、さまざまな情報交換を行っ

ている。

では、在宅NSTを稼働させるきっかけはどうすればよいのか。具体的には、ケア会議(サービス担当者会議)の活用を提唱したい。ケア会議はケアマネジャーが招集するもので、在宅医療における最高の意思決定機関である。開催場所は患者宅、診療所、病院を問わず、その患者に関わる多職種が、患者本人や家族を交えて30分程度のカンファレンスを行う。そこで重要なことは、家族と多職種間での情報共有であり、意思決定である。もちろん、ケア会議と在宅NSTは別物であり、同時開催しなければならないという意味ではない。大切なことは、ケア会議においても食という視点、栄養管理という視点も必ず織り込むことである。そして後日、改めて在宅NSTが介入することになる。このように家族や多職種間による栄養管理という視点を共有する絶好の機会としてのケア会議の活用を、本稿では強調したい。

V

在宅NSTは脱水の予防から

ヒトが生まれたときの水分量は、約80%といわれている。成人で約60%、そして高齢者になると水分量は約50%になるといわれている。つまり、高齢者はもともと水分量が少ないうえに、予備能が低いため脱水に陥りやすい。脱水は脳梗塞や心筋梗塞のみならず、起立性低血圧からの転倒・骨折の原因にもなる。特に、夏場における水分管理、脱水対策が在宅医療において重要である。

軽~中等度の脱水の治療は経口補水療法で十分であるが、補給する水分製剤としては、従来のスポーツドリンクでは適当でない場合がある。また、感染性胃腸炎による嘔吐や下痢による脱水の場合も同様である。塩分やカリウムの喪失を伴う脱水の場合は、ナトリウムとブドウ糖を小腸粘膜から吸収されやすい割合で摂取する必要がある。具体的には、OS-1®のような経口補水液を口から補給することが重要である。

在宅NSTの夏場における水分管理、すなわち脱水対策も重要な任務である。NSTといえば、血清アルブミン値などを指標とした栄養管理のイメージが強いが、まずは水分管理から始めると導入がスムーズである。

VI

「病院NST」と「在宅NST」の連携

多くの病院にはNSTがある。しかし病院を一步出た瞬間から、「栄養に関する治療や評価」は極端に希薄になるのが現状であろう。在宅では「食べること」と緩和ケアが主題となる。そこで「病院NST」と「在宅NST」の連携が重要となる。しかし、「在宅NST」の活動はいまだ歴史が浅く、地域の医療インフラとなりえていない。今後、「在宅NST」と「病院NST」のシームレスな連携が期待される。地域包括ケアのなかでの両者の連携構築が急務である。

ながお・かずひろ
医療法人社団裕和会長尾クリニック院長