

QOLを高める在宅栄養管理*

keywords: 在宅栄養管理、国際生活機能分類(ICF)、在宅療養サポートチーム(hST)

西山順博¹⁾ Yorihiro NISHIYAMA 小山茂樹²⁾ Shigeki KOYAMA 佐々木雅也³⁾ Masaya SASAKI
伊藤明彦⁴⁾⁵⁾ Akihiko ITOH

◆医療法人西山医院¹⁾ 社会医療法人誠光会 草津総合病院²⁾ 滋賀医科大学附属病院 栄養治療部³⁾
独立行政法人国立病院機構東近江総合医療センター消化器内科⁴⁾ 国立大学法人滋賀医科大学総合内科学講座⁵⁾
Nishiyama Clinic¹⁾, Department of Gastroenterology, Kusatsu General Hospital²⁾,
Division of Clinical Nutrition, Shiga University of Medical Science³⁾,
Division of Gastroenterology, National Hospital Organization, Higashi Ohmi General Medical Center⁴⁾,
Comprehensive Internal Medicine, Shiga University of Medical Science⁵⁾

在宅栄養管理を円滑に行うために、地域一体型 NST (Nutrition Support Team 栄養サポートチーム) が必要であることは言うまでもない。全国各地で試みられているが、真の地域一体型 NST を実現するシステムの構築には至っていないのが現状ではないだろうか。医療としての病院での栄養管理は NST の活動により飛躍的に発展しているが、療養としての在宅での NST の活動は難航している。この理由に、在宅療養の認識不足が挙げられると考える。そこで、我々の地域では、在宅で活躍する介護福祉職の基本理念でもある国際生活機能分類 (International Classification Functioning, Disability and Health: ICF) に基づいた理念「こころの平安」で心をつにし、「おうち在宅療養連携シート」をツールとして在宅療養を多職種で協力しサポートしていける地域を目指し、大津市を7つのエリアにわけ、各々の在宅療養サポートチーム (Home care Support Team: hST) を結成する構想の実現に向けて活動している。これらの活動が、QOL を高める在宅栄養管理にもつながると確信している。また、2008年より稼働している病診 (後方) 連携の必須アイテムの大津市 PEG 地域連携パスについても、本稿で紹介する。

はじめに

高齢社会が加速していく中で、病院での医療から在宅での療養へとシフトしていくことが望まれている。栄養管理においては、全国各地での地域一体型 NST (nutrition support team 栄養サポートチーム) を実現するシステムの構築を目指して活動されている。医療中心の病院が療養中心の在宅に医療を押し付けても、うまくいくものではない。病院で NST 活動に参加しているメンバーのほとんどが医療職であり、在宅療養における医療はほんの少しの部分であり、医療職よりも介護福祉職が力を発揮し頑張ってくれている部分も多い。在宅

療養に医療としての NST を普及させるためには、介護福祉職の目線で医療職が活動し、介護福祉職を巻き込んだ NST 活動をしなければ、真の地域一体型 NST のシステムにはならないと考えている。

在宅療養者における栄養管理の現状

在宅療養をされている患者は、高齢者、生活習慣病、認知症、慢性呼吸不全、悪性腫瘍など、強く周囲の環境に影響される方々である。そういった患者の多くが、基本的な栄養について実は非常におろそかにされているという事実がある。

*Home nutritional management to improve the QOL.

私自身、医学部の授業で臨床栄養や低栄養について語られることはほとんど無く、栄養管理をどのようにしたらよいかという事も卒業研修では、おろそかにしていた感が強い。現在、在宅療養の担い手となっている多くのスタッフが、私と同じような環境で医学・看護学・介護福祉学などの専門職を学んできたが故に、栄養管理というものに苦手意識を持っている方も少なくないのではな
いかと思う。

また、栄養にまつわる倫理的問題について、超高齢者、認知症患者の人工栄養を果たして導入するべきかどうか、経管栄養の中で一番すぐれた胃瘻を造ることが本当に本人の為になるのかどうかなど、日々倫理的な葛藤の中で多くの医療職、介護福祉職が仕事をしている。栄養管理を行う上で倫理的な問題は避けて通ることができない重要な課題であるが、栄養(食)は人間にとって命の源であり、患者(生活者・利用者)が、「生きていること」ではなく、「生きていくこと」に、QOLの高い生活への支援として、人工栄養を含めた栄養管理を行うことに非難される理由はない。高齢者終末期の在宅療養においても、緩和ケアとして人工栄養を利用するという選択肢があると考えている。

在宅療養者の生活を支援する 栄養管理とは

まず、医療と療養の違いを確認しておきたい。

医療 : 「生きていること」

…命への支援(医学的対応・治療(キュア))

療養 : 「生きていくこと」

…生活への支援(多職種連携によるケア)

つまり、栄養管理を医療の現場である病院で行うときは、栄養管理をすることで疾病を予防、治療することに重きを置いて多職種が活動している。栄養管理を療養の現場である在宅で行うときは、生活への支援として多職種が活動しなければならぬということになる。その方にとって、キュアよりもケア重視の栄養管理が何なのかを患者(生活者・利用者)を中心に多職種がチームでサポートしていかなくてはいけない。

『人は誰でも生まれた時から、生活の延長線上にある死へ向かって歩いている。そして、より良く生き、最期に

は苦痛のないことを多くの人が望んでいる。その過程の中で、病気や障害を持つ人は多い。治せるものなら治すことも必要。その場合は、医療の力が大きい。しかし、療養としての医学的対応は、人の「生きている」姿を見せるだけでなく、生命を守る力とともに、生活者の姿がどれだけ見えているかが大切である。

人は決して死ぬために生きているのではない。人には「こころ」があり、感情がある。死へ向かいながらも、幸せと思える日が一日でも長いことを願っている。そのこころ(願いや想い)を知ることが最も重要である。そのこころを掴むためには、本人の表面的な状況だけでは全てを知ることにはできない。

「生きていく」つまり、QOLの高い生活を維持することは、本人の希望を取り入れ、医療職・介護福祉職などの専門者や地域の支えが相互に関わることによって、初めて保証される。それが本来のチームケアの姿である。』

上記は、多職種が在宅療養に関わっていく上でとても重要な理念である。岡山プライマリ・ケア学会が作成された「むすびの和」という理念書から引用。

在宅療養での栄養管理は、生活習慣病に始まり摂食嚥下障害まで、その予防策として、生活に密着した栄養指導は何よりのエッセンスとなる。高血圧症、慢性腎臓病にはまずは塩分制限。在宅医も口が酸っぱくなるほど訴えているが、在宅にまで赴き、味噌汁の塩分濃度を測定することはない。塩分制限をするだけで、降圧剤が減量できる可能性は十分にある。一方、低栄養状態であれば、その方にあった食形態、好みに合わせた食材、味付けを考えることもスパイスとなり、食事摂取量も増加する。在宅療養における栄養(食)は本人・家族も含め、多職種で関わることでできるものであり、その中心となる職種は管理栄養士であり、欠かすことができない。今後、在宅療養の現場で活動してくれる管理栄養士の育成と支援が急務である。

また、厚生労働省が議論している日本人の栄養所要量-食事摂取基準-については、今後の高齢化を見据えて、70歳以上をもう少し細分化した現実的な食事摂取基準を作成していただきたい。

国際生活機能分類(International Classification Functioning, Disability and Health;ICF)とは

従来の国際障害者分類では、社会的不利(生活の困難さ)は、障害(疾病)があることが主な原因とされてきた。国際生活機能分類(ICF:International Classification of Functioning, Disability and Health)はそれとは異なり、たとえ脳卒中で上下肢に麻痺があり、車いす生活でも、車いすへの移乗を手助けしてくれる人がいて、駅にはエレベーターがあり、駅員の協力があれば旅行は可能であるという考えに基づいている。

障害や疾病を持つことが、人の生き方を左右するのではなく、本人を支える方法が充実し、生き方や願いなどに目標が統一されていれば、本人の活動が増え、社会活動が活発になることを示している。本人が知らなかった潜在能力も見出されることにもなり得る。つまり、ICFは、「健康状態」「心身機能・構造」「活動」「参加」「環境因子」「個人因子」がそれぞれ相互に影響し合っているという考え方である。

- ①「健康状態」：疾病や体の変調、怪我、妊娠、高齢、ストレスなど様々なものを含む広い概念となっている。「疾病」だけでなく、私たちが普段から関係するような心身の状態まで含まれている。
- ②「心身機能・構造」：「心身機能」の問題、「身体構造」の問題。感覚の特徴や、身体の構造(腕が曲がらないなど)を示す。摂食嚥下機能の低下もここに分類される。
- ③「活動」：「活動」とは「行動」を示す。本人が実際に行っている「している行動」、本人が能力的にできそうな行動である「できる行動」にわかれる。
- ④「参加」：「参加」は簡単にいうと、社会的参加である。実社会(地域)への参加、家庭への参加…とたくさん本人が「参加」している場面は考えられる。
- ⑤「環境因子」：「物的環境(例えば…道路の構造、階段や段差、建物の構造、交通機関、車いすなどの福祉機器など)」「人的環境(例えば…家族、教師、友人、まわりの人々の障害者に対する意識など)」「制度的な環境(自立支援法などの法律、医療や介護などのサービス

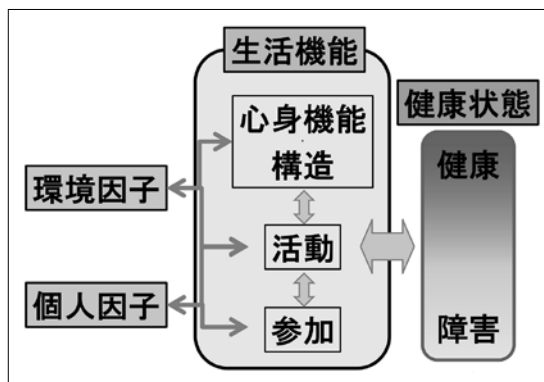


図1 ICF(国際生活機能分類) モデル2001

など)」にわたることができる。これら環境によって、「障害」そのものの捉え方が大きく左右される。

- ⑥「個人因子」：その人の「個性」。例えば、年齢、性別、民族、生活歴、価値観、ライフスタイル、興味関心、死生観など。

このモデルでは、双方向性ということが大事で、心身機能低下は活動を制限することもあるが、活動が活発になれば、機能低下も回復することもあり、社会参加が進めば、活動や機能低下も軽快することがあるという考えである。さらに、「右がだめなら左を使う」という積極的な取り組みにより、できる仕事が見つかり、その結果、麻痺が軽快するというようなプラスの取り組みを進めることができる。たとえば脳卒中、統合失調症、神経難病の人の社会参加などは、社会参加することにより活動や心身機能が向上して行くことが期待できる。双方向性を心身機能・構造⇔参加⇔活動⇔心身機能・構造と読み取ることが大切である。

つまり、障害に対してどのような支援をするかより、障害を持ちながらその人の願いや思いを達成するにはどのような支援が必要か、そのために活動レベルの向上には何が必要か(例えば福祉機器の活用など)、活動が上げれば心身機能・構造の向上がはかれることもあるという考えである。さらに、背景にある環境因子や個人因子をできるだけプラスに変えることにより生活機能は一層向上する。

さらに、障害者・要支援者・要介護者は生活環境を含めて大きな環境の中で生きており、障害の重さもそれぞれ人により異なり、個人の個性も違う。しかし、それぞれに健全な生活機能は残されており、その秘められた能

力の開発と増大、つまりプラスの増大(思いや願いの達成)が図られればマイナス面は減少してQOLの高い生活が実現できる。ICFは生活機能水準を上げて、QOLの高い生活を保証するものであり、専門職の役割の分業(なわばりや「共通の目標がない」「情報交換がない」・「バラバラ」のケア)はかえってマイナスを誇張する結果になる。ICFの心身機能・構造⇔活動⇔参加はすべてに相対的独立性がある活動であるので、なによりもチームケアが大事になってくる。

そこで、我々は、大津市を7つのブロックにわけ、在宅療養サポートチーム(Home care support team : hST)を結成する構想を打ちたて活動している。皆が心をひとつにするための理念「こころの平安」と、連携ツールとして「おうみ在宅療養連携シート」を2013年1月に稼働させた。

理念「こころの平安」で心をひとつにし、「おうみ在宅療養連携シート」で連携を

2012年4月より、おうみ大津在宅医療ケアメーリングリスト(現在メンバーは60人以上、医師・歯科医師・薬剤師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、介護福祉士、ヘルパー、福祉用具、ケアマネージャー、行政とまさに多職種が参加)や、チーム大津京(モデルチーム)にて議論し、大津市医師会在宅療養推進委員会にて承認を得て、2013年1月に産声をあげた連携シートである(図2、図3)。

医療が療養へシフトしていく中で、介護福祉職を加えた多職連携を推進していく中で、医療職と介護福祉職が共有できるシートが必要と考え、岡山プライマリ・ケア学会(会長：宮原伸二先生)が作成されたむすびの和「連携シート」を参考にした。介護福祉職の基本的な考え方となっているICFに重きを置き、医療職と介護福祉職が共有できるツールである。ケアカンファレンス、退院時カンファレンス時に、ケアマネージャー(CM)かメディカルソーシャルワーカー(MSW)が作成。在宅療養での情報が満載であり、訪問指導を行う医療職(薬剤師、管理栄養士、歯科医師、歯科衛生士、リハビリ(理学療法士、言語聴覚士、作業療法士)など)にとって、患者(利用者)の生活模様のわかるツールとなっている。各種後方連携バスの使用状況も記載でき、病病連携・病診連携・診々連携

図2 おうみ在宅療養連携シート(表)

図3 おうみ在宅療養連携シート(裏)

ともリンクできるように配慮している。また、終末期療養での人工栄養の導入や、緩和治療などについての患者の思い、家族の思いも記載できるように工夫している。

栄養管理地域連携バスを目指す、大津市 PEG 地域連携バス

滋賀県の人口は2013年7月現在、141万人。県庁所在地の大津市の人口は34万人であり、65歳以上の高齢化率が22.5%である。在宅医療の充実をめざし、各種の地域連携バスによる後方連携を行ってきた。地域連携バスは大津市医師会が目指す「地域完結型医療」の根幹に位置づけられ、多種多様な疾病別地域連携バス(以下、疾病別バス)が運用されている。

大津市 PEG 地域連携バス(以下、PEG パスと略)は疾病管理のバスではなく、疾病別バスという縦糸に、治療の前提となる栄養管理の横糸を組み入れ、複合疾患にも対応できる医療体制を構築し、患者を網羅することを目指している。すでに大津市すべての公的医療機関では、NST が導入されており、NST が対象としている患者の中には、胃瘻患者も多く含まれているはずであり、胃瘻の造設・交換・管理を行っている施設の医師、看護師等の協力を得て、まずは PEG パスを構築しようと具体化していった。

PEG パスシート(以下、シートと略)は、「滋賀 PEG ケアネットワーク」(代表: 社会医療法人誠光会 草津総合病院・小山茂樹先生)、「滋賀県 NST ネットワーク」(代表: 滋賀医科大学医学部附属病院 栄養治療部・佐々木雅也先生)にて1年以上の試行錯誤を重ねて作成し、2008年12月から稼働している。シートは、「診療スケジュール」

Figure 4 is a complex medical schedule for PEG management. It includes a header with patient details (Name: 大津市立中央病院, No. 5, Date: 11/16/2011, Sex: Male, Age: 86). Below this is a section for medical history and current conditions, such as '胃瘻造設' (PEG placement) and '胃瘻交換' (PEG exchange). The main part of the schedule is a grid with columns for dates (6/10, 7/10, 8/10, 9/10, 11/10) and rows for various medical activities like '交換後' (after exchange), '目標' (goals), '診察' (consultation), '測定' (measurement), '検査' (tests), '栄養剤' (nutrition), and '注入' (injection). It also lists specific procedures like '胃瘻交換' and '栄養剤の調整'.

図4 診療スケジュール(医療者用)

Figure 5 is a patient-oriented PEG management schedule. At the top, it says 'PEG 地域連携バス' and '造設/交換後のかかりつけ医院での診療スケジュール(患者用)'. It includes a table for 'あなたの胃瘻は' (Your PEG) with columns for 'タイプ' (Type), '長さ' (Length), and '容量' (Capacity). Below this is a table for '交換後' (After exchange) with columns for months from 1st to 6th. The '目標' (Goals) section lists '良好な胃瘻管理' and '胃瘻カテーテル事故防止'. The '診察' (Consultation) section specifies '毎月1回の往診、血圧・脈拍測定'. The '測定' (Measurement) section says '3ヶ月に1回の簡単な身体測定'. The '検査' (Tests) section says '3ヶ月・6ヶ月に1回血液検査'. The '栄養剤' (Nutrition) section lists '朝 栄養剤: ラコール 量: 400 ml 水: 200 ml' and '夜 栄養剤: ラコール 量: 400 ml 水: 200 ml'. The '注入' (Injection) section lists '経 栄養剤: ラコール 量: 200 ml 水: 300 ml' and '夕 栄養剤: ラコール 量: 400 ml 水: 200 ml'. The 'その他' (Other) section includes '胃瘻のトラブル' and '造設後は4~6ヶ月毎に胃瘻交換が必要です'. At the bottom, it lists the '記入者' (Recorder) as 大津市医師会病診連携推進委員会.

図5 造設/交換後のかかりつけ医院での診療スケジュール(患者用)

(医療者用) (図4)と「造設/交換後のかかりつけ医院での診療スケジュール」(患者用) (図5) からなっている。医療者用は、表の網掛け部分を造設交換施設、交換施設(バスを発行)の医師が書き込む。網掛けのない部分は、管理施設(バスの受け手)が6ヶ月間の経過を毎月記入する。いずれも患者の PEG 管理、栄養管理・評価の連携を目的とする必要最低限の内容である。

スキントラブルなど PEG 管理には、小冊子「PEG アセスメントハンドブック」(監修: 滋賀 PEG ケアネットワーク、発行: 株メディコン) を活用することを推奨している。

PEG パスの、もう一つの特徴が栄養管理にある。患者の視点に立った場合、高齢患者は、複合疾患を抱える可能性が高く、患者が複数の疾患を抱えていても、その患者に適した栄養管理がしっかりとなされれば、疾病治療・管理の手助けとなると考えている。

管理施設の毎月の訪問診療時には、① 栄養評価のための診察(身体症状)、② PEG 観察、③ 口腔汚染の状態、④ 床上嚥下の状態、⑤ 褥瘡の状態、を記入。バイタ

ルサインや栄養内容も変化があれば記入する。管理施設においても、栄養状態チェック、必要エネルギーの算出を定期的に行えるようにという願いがある。滋賀県では、検査委託機関である(株)メディックと(株)近畿予防医学研究所が採血のセット検査項目に「栄養」を加え、「栄養セット」検査として管理施設から依頼を受けてくれている。栄養セット検査では、総リンパ球数、O-PNIを計算してくれ、依頼用紙に年齢・性別・身長・体重を記入すれば、Harris-Benedict式による安静時基礎代謝量(basal energy expenditure; 以下、BEEと略)、必要水分量も算出してくれる。BEEに患者の活動係数と傷害係数(医療者用の裏面に指標がある)を掛け合わせるだけで、その患者の必要エネルギー量が算出できる。あくまで指標であり、管理施設の医師が診療の中で、患者により合ったエネルギー量、水分量などを判断し柔軟に対応をしている。

一方、造設交換施設、交換施設が、造設退院時、あるいは交換退院時に患者に渡す患者用シートには、PEGの種類・サイズ、次回の交換月日の記入をはじめ、方針決定した栄養剤の内容(注入時間、栄養剤の種類・投与量・形態、水分量)を記入する。

患者用シートの裏面は、「トラブル対処方法と注意事項」が記載されており、事故(自己)抜去時の緊急連絡先も必ず記載されている。

PEGパスは、年間400件発行されている。今後は、在宅中心静脈栄養法(Home Parenteral Nutrition; HPN)のパスも作成し、病診(後方)連携の栄養管理パスの両輪となることを望んでいる。そして、さらに、おうみ在宅療養連携シートを添えることで、病院での質の高いNST活動が、地域一体型NSTにシームレスに移行できるものと考えている。

まとめ

在宅医療は在宅療養のほんの一部にすぎない。真の地域一体型NSTには、介護福祉職の協力が不可欠である。介護福祉職に医療職側から歩み寄り、現場の土俵で、理念を一つにすることが大切である。

「おうみ在宅療養連携シート」は多職種がかかわるために、患者(利用者)の医療情報(看護の情報)、介護福

祉の情報を1枚のシートにまとめたものである。「おうみ在宅療養連携シート」は医療職と介護職の鎧(かすがい)となっていくものと確信している。

老化に伴い、誰もが摂食嚥下機能が低下してくる。誤嚥性肺炎やそれを疑う症状が出現する早い段階で、機能的口腔ケア、嚥下訓練を導入するようにすることができれば、最期まで口から食事が摂れる状態を維持することが期待できる。脳卒中などの併発により急速に摂食嚥下機能が急激に低下した場合も、栄養状態を適切な人工栄養にて補いながら、経口摂取を目標に多職種が協力し在宅療養でサポートしていくことができる。療養の現場で、むせながら2時間以上の時間をかけて経口摂取の介助をヘルパーが行っている食事の方がよほど強制栄養かもしれない。人工栄養が、その生活者の「生きていくこと」に必要な、緩和ケア的な利用であれば、万人にも理解していただけるのではないだろうか。

また、栄養管理、NSTという医療職の仕事になるが、最期の最後まで口から食べられる環境づくりと位置づけることで、介護福祉職を含めた多職種の共同作業という意識はより高まる。

今後、我々の地域では、在宅療養に関わっていただいている多職種のみならずと手を組み、力を合わせ、エリア毎に在宅療養サポートチーム(Home care support team; hST)を結成し、末永く活動していければと思うている。

謝辞

岡山プライマリ・ケア学会会長 宮原伸二先生には、我々に素晴らしいツールを伝授していただき、在宅療養について丁寧かつ熱心なご指導を賜りました。ここに感謝の意を表します。

参考文献

- 1) 西山順博. PEG 地域連携パス 使用の手引き. 大津市医師会誌31(11) : pp18-24, 2008.
- 2) 西山順博. 胃ろう(PEG) ケアはじめの一步. 秀和システム, 2010.
- 3) 滋賀 PEG ケアネットワーク. PEG アセスメントハンドブック-胃瘻評価から対処法まで-. (株) メディコン. 2012.
<http://www.peg.gr.jp/medical/index.php?m=Document>
- 4) 西山順博. 高齢者保健 在宅療養支援研修会 (大津市医師会在宅療養推進委員会). 理念『こころの平安』に基づく、『おうみ在宅療養連携シート』. 大津市医師会誌36(418) : pp14-19, 2013.
- 5) 岡山プライマリ・ケア学会 連携シート「むすびの和」ホームページ.<http://www.co-pass.jp/index.html>
- 6) 大津市医師会ホームページ.<http://www.otsu.shiga.med.or.jp/organ>
- 7) おうみ在宅療養連携シート 理念『こころの平安』 http://www.otsu.shiga.med.or.jp/kokoro_no_heian/