

管理栄養士、在宅訪問に走る！ - 1 -

患者の選択を重視してできる範囲で改善する

今回から、実際に担当した患者への指導を紹介しながら、在宅の訪問栄養指導について考えたい（実際の状況に少し改変を加えている）。

支給されるとすぐ散財

患者は 80 代前半の男性で、介護度は要介護 3。糖尿病である。要支援 2 の妻と暮らす高齢夫婦世帯である。子どもはいない。

以前は比較的裕福だったが、現在は生活保護を受けている。裕福だったころの習慣がなかなか抜けず、保護費が入金されるとすぐ、寿司やうなぎなど高価なものを食べてしまう。

お金がなくなったら食べなければいい、と極端な考え方をもっていた。夫婦とも他人が家に入ってくるのを嫌がり、ホームヘルパーも入っていなかった。自宅は商店街から離れていたため、スーパーに電話をかけて食材を届けてもらっていた。

もともと私が勤める福岡クリニックの訪問診療を受けていた患者で、在宅で糖尿病の治療を受けていた。食事に問題があるので管理栄養士（以下、栄養士）が必要になり、私が訪問することになった。

前述のようにお金の使い方にも問題があったため、ケアマネジャーと連携し福祉事務所の生活保護ケースワーカーにも相談した。

この患者の最大の問題は、訪問診療を受けているのだから糖尿病は薬を飲むだけで治療できると思っていたこと。運動療法・薬物療法・食事療法の 3 つが糖尿病治療の柱になることを理解していなかった。

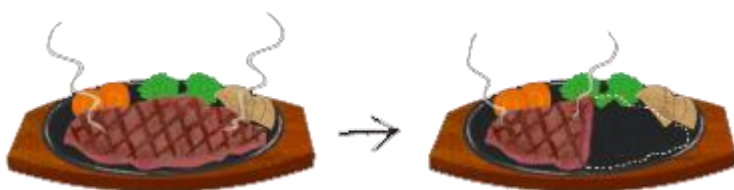
栄養士が入ることに関しては、最初は少し否定的だった。しかし、糖尿病が悪化して高血糖の状態が続くと合併症が起こる、3 大合併症（網膜症、神経症、腎症）になったらどうなるか、という話をしたところ、少しずつ栄養指導を受けるようになってくれた。

結果オーライならよし

高齢者の場合、いきなり食品の栄養価に関する難しい話をすると拒絶反応を示し、こちらの話を聞いてくれなくなることが多い。嫌がることを無理強いすると「もう来ないで」となって栄養状態が悪化、となりかねない。

糖尿病では、エネルギーと減塩、栄養バランスを理解してもらわなければならない。しかし、3 つを一度に話すと、話がややこしくなってしまう。そこで 1 回で話すテーマを 1 つに絞った。エネルギーなら、どういうメニューはカロリーが高いとか、エネルギーを摂りすぎると体重が増えて血糖値（HbA1c）も高くなる、という具合である。

あるとき、牛のステーキ肉と鶏のささみではステーキ肉のほうが圧倒的にカロリーが高いと教えた。それでも牛肉のステーキを食べたいと言う。そこで、どうしても食べたいなら量を減らしましょう、と提案した。



イラスト：ハラアツシ

牛肉のステーキなら量を減らす提案のほか、部位を変えることも提案する。100g のエネルギーを比較するとサーロインは 498kcal、ヒレは 223kcal である（いずれも和牛肉の場合）

食品の栄養価を知るとはとても重要だが、高齢者の場合、すぐには覚えられない。「△△を食べたいけど○○のほうがカロリーが低い、と栄養士が言ってたな」というような形で覚えてもらえればいい。理屈がわからなくても結果オーライとなる指導が肝心である。

そして、できるだけ本人が選択できるようにする。栄養士はしばしば「これを食べてはだめ」という言い方をしがちである。そうすると「なに言ってるんだ」と反発されるだけで終わってしまいかねない。

「これはだめ」ではなく、好きなもの、いつも食べているものをどう変更していかなければいけないか、自分で考えてもらうようにする。それには時間がかかるが、入院と違って在宅なら、時間はたくさんあるのだ。

世間話や、患者が好きそうな雑談で雰囲気をよくすることも大切だ。夫婦仲がいいのか悪いのかも、よく知っておかなければならない。面と向かって聞くのではなく、見ていけば自然にわかってくる。

この患者の場合は、最終的に夫婦の理解と信頼を得て、栄養士の訪問を楽しみに待ってもらえるようになった。その結果、250mg/dL ぐらいあった夫の血糖値は100mg/dL 台にまで改善し、体重も3kgほど減らすことができた。

今、糖尿病の患者がとても多い。その背景には、入院して良くなっても、退院後に家できちんとした食事が作れないこともある。在宅訪問の栄養士など、家での食事について指導する人が誰もいないから、そうになってしまうのだ。

譲歩して妥協点を探る

栄養士は患者相手にしゃべりすぎるのではないかと最近感じる。指導する立場だから無理もないのかもしれないが、その前に、まず患者に話してもらうことを心がけるべきだ。患者の話聞きながら価値観や好みを把握し、その上で、指導方法を考えたい。この人は1000円で何を食べるか、ということだ。おにぎりを3つ買うにとどめるか、一度に全額使ってしまう人なのか。

話をする中で、患者がどういう人なのかがわかるだけでなく、私自身がどういう人間なのかを患者に知ってもらうこともできる。そうして、この人はどういう指導方法が効果的かを考えるのだ。

それを栄養ケアに活かし、その後、モニタリングで改善効果があったかどうかを判断する。あまり効果がなかったなら、本人に聞いてみればいい。「こうしろと言われたけれど、できない」などの答えが返ってくる。では、どうしたらいいのか。もう少し食べてもいい、ということにするかどうか。お互いに譲歩して妥協点を探っていく。

病院の場合は「塩分は6g未満」と決めれば、実行するのは難しくない。しかし在宅ではそうはいかない。食塩を15g摂っている人がいきなり6g未満にすることは、相当つらいだろう。だから、まずは12gにする。それでも十分、改善効果はある。そんな配慮もなく「6g未満と言われているのだから、6g以上摂ってはいけない」というような指導をしたら、うまくいくわけがない。

味噌汁を朝・昼・晩と1日3回飲んでいるなら、まず2回に減らせないか。その後、1回にできないか。回数を減らせないのであれば、1杯の量を減らせないか。在宅の場合は、そうやって本人が実行できるところを臨機応変に見つけることが肝心である。



中村育子 (なかむらいくこ)

医療法人社団福寿会福岡クリニック在宅部栄養課課長。

日本在宅栄養管理学会副理事長。

2014年、NHK「プロフェッショナル 仕事の流儀」に出演。

長年にわたり在宅訪問栄養食事指導を行い、在宅患者の栄養改善に貢献している。

本論文は、メディカ出版「医療と介護Next」に掲載されたものです。

そのため、一部の内容に執筆当時の情報がございます。