



第3回 まずQOLに着目して栄養指導を考える

病院や施設では、栄養状態が改善するとQOLが改善する。ところが在宅の場合は逆にQOLの低下が低栄養の原因になっていることが少なくない。したがって管理栄養士は、まず何が原因で患者が低栄養に陥っているかを知る必要がある。

食の支援を行う前に

患者に合った形態の食事を介護者が作れないと、患者が誤嚥することがある。しかし介護者は本人の嚥下の状態に合わせて、食事形態を柔らかくするということが知らない、気が付かない場合が多い。介護者が本人に適切な嚥下調整食が作れない場合は、介護者でない者が食事を担当する必要も出てくる。管理栄養士による在宅訪問栄養食事指導では、適切な嚥下調整食を本人やヘルパーに指導している。近所に親しい人がいれば、買い物や調理を手伝ってもらう方法もある。地域のサービスやボランティアに協力してもらう方法もあるため、地域のサービスを知っておく必要がある。低栄養も同様に地域で生活環境を改善する手助けをすることによって、低栄養に陥るリスクが少なくなる。

食の支援を行う前に、低栄養になっている原因は何か、把握する必要がある。管理栄養士はどちらかという、食欲不振の人に対し、とにかく食べるようにという栄養指導をしがちだ。しかし、何が問題で食欲不振なのかがわからない限り、患者が食べるようにはならないだろう。まず原因を探って、その原因を取り除くことが必要だ。

真の原因を探ることが重要

本人以外の家族やヘルパーの作る食事が口に合わないから食べないこともある。その場合は、家族やヘルパーにその人の好みの味付けを理解してもらい、その通りに作ってもらうとか、配食サービスを使ってもらうとか、解決策を講じる必要がある。スーパーやコンビニの弁当や惣菜の方がいいというのであれば、そちらに代えてもいいだろう。

家の台所にフライパンとやかんしかなければ、作れる料理は非常に限られる。煮物を作れと言われても作れない。だから、これも生活環境の問題の一つだ。そこで調理器具を揃えれば、作れる料理が増えて低栄養が改善する場合もある。経済的な問題も大きい。一人暮らしで何とか生活できていた人の家に、その子どもが年金をあてにして住み着くことで困窮し、満足に食事ができなくなって低栄養に、ということもある。

私もそういうケースを経験したことがある。その時はケアマネジャー、福祉事務所のソーシ

ヤルワーカー、サービス提供責任者、私の4人で、患者がきちんと食事できるように相談した。1日いくらだったらお金を使えるのかを調べ、子どもにはなるべく早く自立して出て行ってもらったり、食費を入れてもらったりという話し合いをした。

介助がうまくできない家族も多い。介護者が早く食事を終わらせようと急がせたり、不適切な大きいスプーンで食べさせたりして、誤嚥してしまうケースもある。

白いご飯で誤嚥してしまった

認知症があり、摂食嚥下障害もある男性で、嚥下の評価をしてもらったら、適切な食事形態はペースト食という人がいた。しかし奥さんがペースト食を作って出しても、男性は全く食べない。そのうえ、「ご飯を持ってこい」などと言う。あなたの飲み込み状況ではペーストでないと食べられないと説明しても、認知症があるために理解できない。どうしてもご飯を持ってこいと言うので、奥さんが根負けして白いご飯と漬け物を出したら、案の定、誤嚥してしまった。

このケースでは医師や歯科医師、看護師、管理栄養士、リハビリテーションのセラピスト、ヘルパー、ケアマネジャーといった専門職が、男性と顔を合わせるたびに「ペーストにしなければいけない」と根気よく言ったところ、受け入れてもらえるようになったそうだ。

リハビリで食事形態が改善

口腔リハビリテーションや理学療法士によるリハビリテーションなどによって、食事形態が改善する場合もある。摂食嚥下障害のある患者が栄養のある食物を経口から安全に摂取するためには、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士、理学療法士等の多職種と連携する必要がある。色々な職種が連携する場では、コミュニケーションが重要になる。他の職種の立場に立った思いやりが連携していく上で大切であり、信頼関係を築く上でも大切である。まず栄養状態を良くして機能を改善し、そこからリハビリを行うことで、ADLやQOLが改善していくことは確かにある。

嚥下評価を行って、訓練食から飲みこむ訓練を行う場合も、毎日、食べ物を飲み込む動作をしていると、それがリハビリになり、状態が上がっていく人もいる。

低栄養になる理由はたくさんある。口腔内の問題もあるし、メンタル面の問題もある。配偶者が亡くなって食べられなくなる人は多い。独居の場合は、一人で食事してもおいしくないから食べなくなってしまうこともある。独居だとどうしても食事の際の品数も少なくなるので、栄養が偏りがちだ。うつ傾向があったり、認知症があったりすると、食事の量は減っていく。

精神的なものは目に見えないので、何が原因で食べないのかを調べるには時間がかかる。そういう場合は、家族や通所・ショートステイ先の施設の職員に聞くのも手だ。そうすると、家族間で大喧嘩をしたり、居住系施設の居住者同士でトラブルがあったり、思うように動けない自分に対して腹が立ったりしていたのだということがわかる。

介護者の状態にも目配り

患者本人だけでなく、介護者も低栄養になる。特に管理栄養士（や栄養士）が患者しか見ないで指導すると、介護者に過大な負荷をかけてしまうことになる。この患者のためには1日3回、必ずこういった食材を使ってこういう調理をしなければならない、などと指導をすると、介護者は自分の食事がおろそかになる。結局、本人も介護者も低栄養に陥ってしまう。だから私は、介護者が痩せてきていないかどうかも気をつけてみている。介護者が痩せてきたら、どうして痩せたのかを聞く。食事をとっていないのであれば、最初に介護者の食事を作って、それを軟らかくしたものを患者が食べる、という指導を行う。こういったことがわかるには、家族も含めて注意深く生活全般をみていく必要がある。患者の栄養状態を改善したいと強く思えば、アセスメントから問題点が抽出できる。大切なのは、患者に対するそうした思いなのではないだろうかと思う



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。