

管理栄養士、在宅訪問に走る！ - 5 -

評価ツールを活用して低栄養予備軍を見つける

在宅訪問栄養食事指導は在宅患者にとって重要だが、普及しているとはいいがたい。主治医の指示がないと行えないので、普及には医師がその必要性に気付くことが不可欠である。しかし、医師からは「低栄養で栄養指導が必要かどうかを判断するのは難しい」という声が上がっている。

そこで求められるのは、栄養状態を客観的に評価できるツールだ。世界的に使われている高齢者向けアセスメントツール「MNA(Mini Nutritional Assessment)」の有効性を探った。

自宅で体重を量れない

MNAはネスレ社が開発したもので、6つのスクリーニング項目と12のアセスメント項目から成る。ただし、これは質問項目が多く専門的すぎるので、「MNA - SF(ショートフォーム)」がよく使われている。6つのスクリーニング項目に絞って評価する簡易栄養状態評価表である。

スクリーニングするのは①食事量の減少、②体重の減少、③自力歩行の可否、④精神的ストレス・急性疾患の有無、⑤神経・精神的問題の有無、⑥BMI、の6項目だ。

昨年12月、私が所属している福岡クリニック在宅部の在宅患者609人に対し、これを使って栄養状態の評価を行った。在宅患者すべての栄養評価を私一人で行うことはできないので、福岡クリニック在宅部の在宅診療を行っている医師、看護師をお願いして、MNA - SFを行ってもらった。BMIの基になる身長や体重などの測定は看護師をお願いした。実際に調査が始まると、医師や看護師から質問項目が多くて大変だ、との声が寄せられた。医師や看護師は在宅患者を訪問して聴診器を当てたり、注射したり、血圧を測ったり、気になることはないか尋ねたり、さまざまなことをしなければならぬ。そこに栄養評価が加わることになるので、どうしても負担感が強まると思われた。

また、609人のうち体重が量れない人は96人(16%)。介護度が高く、立ち上がったたり、起き上がれない人である。寝ている人の身長はメジャーで測定できるけれど、体重計に乗せることはできない。MNA - SFでは体重が量れない場合、ふくらはぎ周囲長を測ることによって評価することになっているので、そうすることで対応した。ふくらはぎ周囲長の信頼性と妥当性はあるものの、やはり全員の体重を計測したいと思った。今後在宅では要介護高齢者が増加するため、要介護高齢者でも体重計測ができる便利な体重計が安価であればと思った。

普段から体重を量っていない人が結構いることもわかった。体重はスクリーニング・アセスメントの鍵となるため非常に重要で、血液生化学検査のスパンが長い在宅患者の栄養ツールとなる。

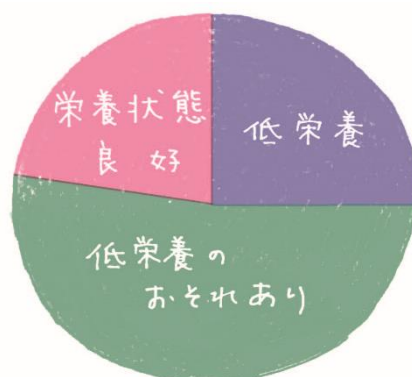
さらに、医師や看護師、管理栄養士など、評価者の職種によって評価が異なる項目がある。スクリーニング項目のうち、食事量についてはこうしたばらつきはない。自力で歩けるかどうかの評価は、難しい。車いすに乗っている人でも、少し歩ける場合、どの程度まで歩けるかの評価が異なるからだ。

最もわかりにくいのは精神的ストレスだろう。

神経・精神的問題の有無を「強度」「中程度」「なし」の3つから選択することになっているが、強度と中程度の評価の仕方が人によって分かれてしまうのである。

8割が何らかの栄養問題を抱える

こうした問題は明らかになったものの、調査結果から、低栄養の人と低栄養のおそれがある人(アトリスク= At risk)を合わせると全体の約8割が何らかの問題を抱えていることがわかった。



その内訳は低栄養が153人、低栄養のおそれがある患者が326人と、低栄養のおそれがある人の方が多かった。栄養状態良好と判定されたのは、130人であった。

栄養状態良好の人以外は何らかの問題があると考えたら、約8割の人に問題があることになる。低栄養のおそれがある人、すなわち低栄養予備軍の人たちを短時間で見つけられるという面では、MNA - SFはいいツールだと思う。他にも色々な栄養ツールがあり、今後も新たなツールが検討されると思うが、我々在宅で訪問している管理栄養士が在宅要介護高齢者の食を把握しているので、生活環境要因の悪化による栄養状態の悪化に注目した栄養ツールを検討してほしいと考える。在宅では訪問看護が入っていても低栄養に着目する職種はおらず、褥瘡ができてから低栄養を気にするが、褥瘡ができるまで放っておくのではなく、褥瘡予防のためにも低栄養に着目する必要がある。

在宅患者は、病院や施設と比べて環境の違いがある。病院施設は1日3回の食事の提供があるが、在宅では食事の用意は自分で行わなければならない場合もある。買い物の問題や経済的問題、調理技術の問題があり、それが食事量に影響する場合がある。しかし家族が作るおいしい食事を食べられる場合もある。病院・施設では1日3回の食事の提供があるので栄養状態は良いように考えるが、食事が口に合わない、嫌いなものが多く食べられない等の理由により、食事量が減る場合もある。まずは身近にいる管理栄養士が栄養の問題に気が付き、早期の栄養介入を行うことが大切である。

管理栄養士は多職種連携すべき

当クリニック在宅部で全在宅患者に栄養評価を行うにあたり、栄養評価の重要性について、多職種に理解を得られるまで説明した。栄養評価を行うと算定されるの？ と聞かれたが、これは算定されない。しかし、低栄養かどうかの評価はとても重要なことだと説得して、MNA - SFの実施に踏み切った。また栄養評価はきちんと結果報告し、栄養指導の依頼に結び付いたケースもあった。栄養評価を行った患者、家族が栄養指導を希望したのである。また医師も意外な患者が低栄養との結果で、改めて低栄養と分かったケースもあり、多職種連携ツールとなった。



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。