

依頼論文

日本補綴歯科学会第123回学術大会／臨床リレーセッション2  
「サルコペニアの予防と改善に寄与する補綴歯科を目指して」  
－多職種連携による高齢者の口腔機能、栄養、運動機能の改善－

## 在宅訪問栄養食事指導と歯科との連携による栄養改善

中村育子

Nutritional improvement in collaboration by home care dietitian and dentist

Ikuko Nakamura, M,N

### 抄録

日本は高齢化が広がっており、要介護高齢者も増加している。サルコペニアはたんぱく質の摂取不足と筋肉の減少量に関連があることが解明されており、サルコペニアの改善・予防にはたんぱく質の摂取量を増やすことが重要である。管理栄養士の在宅訪問栄養食事指導では、口腔内の問題が原因で摂取栄養量が低下した患者を栄養アセスメントから抽出し、この患者に歯科診療を導入、口腔内の問題を解決できれば、さまざまな食品を摂ることができる。歯科と管理栄養士の連携は在宅患者が食べたい物を食べることを可能にし、栄養状態の改善によりADLおよびQOLの向上に貢献することができると考えられる。

### 和文キーワード

在宅訪問栄養食事指導, 要介護高齢者, 栄養, 多職種連携

### I. はじめに

日本は平均寿命の延伸による65歳以上人口の増加と少子化の進行による若年人口の減少により、高齢化が広がっており、今後も全国的な広がりが予想されている<sup>1)</sup>。それに伴い介護を必要とする要介護高齢者も増加し続けている(図1)。

現在では病院の在院日数短縮により、疾病の状態が急性期から慢性期に移行すると、栄養状態の改善に至らなくとも在宅に帰されるケースが多い。高齢者は加齢や食事量低下により、骨格筋量の減少(サルコペニア)が起こる。サルコペニアはたんぱく質の摂取不足と筋肉の減少量に関連があることが解明されており、サルコペニアの改善・予防にはたんぱく質の摂取量を増やすことが重要である。しかしたんぱく質を多く含む食品は固くて食べにくい物が多いため、固い物が食べられることが、サルコペニアの改善・予防となる<sup>2)</sup>。

在宅高齢患者990名を対象にした栄養状態の調査では、低栄養は356名(36.0%)、at risk(低栄養のおそれあり)は335名(34%)で、約7割が何らかの栄養問題を抱えていた<sup>3)</sup>。福岡クリニック在宅部栄養課

では管理栄養士による在宅訪問栄養食事指導を1カ月120件行っており、この調査と栄養状態の評価(MNA-SF)を比較したところ、栄養指導の介入している福岡クリニックの方が低栄養者の少ない結果であった(図2)。高齢者の低栄養の問題は、日常生活活動度(ADL: activities of daily living)や生活の質(QOL: quality of life)を低下させるだけでなく、呼吸機能の低下、褥瘡治療の遅延、感染症等のリスクを高め生命予後を悪化させる<sup>4)</sup>。在宅高齢患者の栄養ケアは、在宅で元気に安定した生活を行うためには不可欠であり、入院を繰り返さないためにも非常に重要である。

管理栄養士の在宅訪問栄養食事指導は、栄養アセスメントで患者の問題点を発見し、口腔内の問題が栄養状態悪化の要因である場合、家族・ケアマネジャーに歯科診療の必要性を説明し、口腔内の改善を行いながら、食べられる食品を増やしていく。栄養状態の改善のためには、管理栄養士と歯科との連携は非常に重要であると思われる。

在宅訪問栄養食事指導を行っていて、在宅で患者が栄養状態の悪化する要因はさまざまあるが、口腔内の問題は非常に多くみられる。在宅患者は歯科に何年も

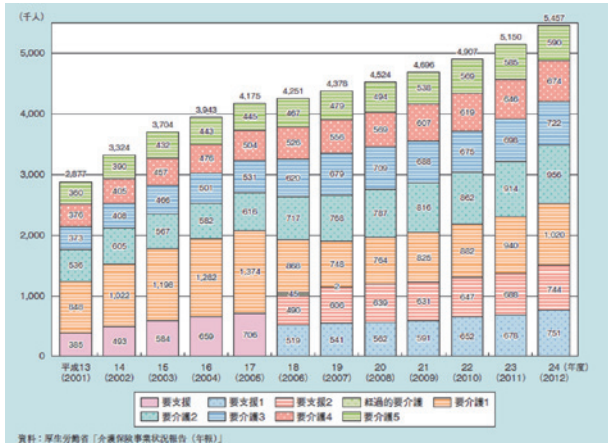
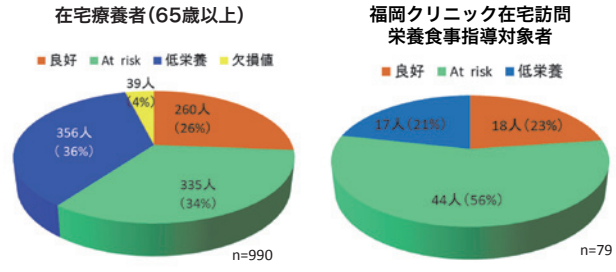


図1 増加する要介護認定者 (高齢社会白書 26年度版)



参考文献:平成24年度在宅療養者の栄養状態とその改善方法に関する調査、国立長寿医療研究センター

図2 MNA-SFによる栄養評価の比較

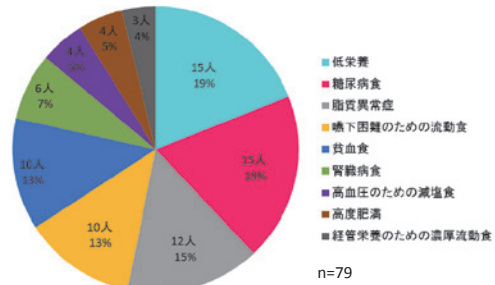


図4 主治医による特別食の内訳

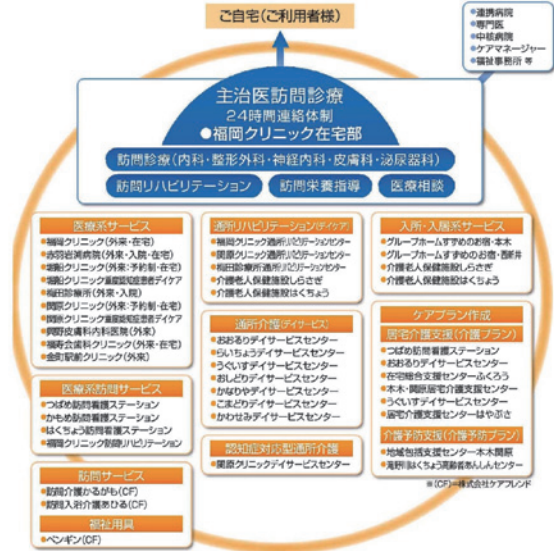


図3 医療法人社団福寿会について

かかっている、うがいや歯磨きを行っていないなどがよくみられる。歯の欠損、義歯の紛失による食事形態の低下や固い物が食べられない、口腔ケアを行わないことによる味覚低下、歯の痛みによる食欲低下、摂食・嚥下障害による食事量・水分量の低下がある。このような在宅患者の栄養状態を改善するためには、口腔内の治療やリハビリテーションを行いながら、摂取栄養量を増やしていく必要がある。

### II. 当クリニックの医療サービス

医療法人社団福寿会は、独居要介護高齢者でも安心して在宅で生活できるように、医療・介護両方のサービスを合わせ持ち、トータルなサービス力を持っている(図3)。現在、国民の60%以上が終末期において

自宅での療養を望んでいる<sup>5)</sup>。要介護状態になったからという理由で、愛着のある家や地域から離れ、病院や施設で暮らすことにならないよう、どんな状態になっても安心して住み慣れた家や地域で暮らし続けられるように努めている。

福岡クリニックは1992年3月に東京都足立区梅島に無床クリニックを開設した。その後、電話での往診依頼をきっかけに1993年8月より在宅診療を開始した。福岡クリニック在宅部は在宅療養支援診療所に認定されており、患者の求めに応じて24時間往診が可能な体制を確保している。在宅部では約650名の在宅患者を抱え、スタッフは医師(内科・神経内科・整形外科・皮膚科・泌尿器科)、看護師、相談員、管理栄養士、リハビリテーション(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)、事務員で構成されている。診療やリハビリテーションだけではADLは改善しないことから、栄養の重要性を認識し、1995年7月より管理栄養士による在宅訪問栄養食事指導が開始された。現在は、在宅部以外でも法人内の居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、福寿会歯科クリニック等と連携して行っている。

### III. 食を支える在宅訪問栄養食事指導

現在、厚生労働省は地域包括ケアシステムを推進している。医療・介護が包括的に提供される体制を持つ



図5 在宅歯科診療と連携

ているこのシステムの中で、とりわけ充実が急がれるのは在宅医療と介護であり、在宅医療の中では訪問看護、訪問リハビリと並んで、管理栄養士による在宅訪問栄養食事指導の提供が求められている<sup>6)</sup>。しかし、在宅訪問栄養食事指導を行っている管理栄養士の数はまだ少ないため、日本在宅栄養管理学会は日本栄養士会から委託され、特定分野認定制度「在宅訪問管理栄養士」の育成を行っており、在宅指導ができる管理栄養士の質の担保を担っている。

当院の在宅訪問栄養食事指導の対象者は、生活習慣病の食事療法や低栄養による栄養改善が必要な者が多く、主治医からの指示種類が多く、その特別食の内訳を示した(図4)。在宅訪問栄養食事指導は外来や入院時の栄養食事指導とは内容が異なり、在宅で実践的な栄養食事指導を行うことが特徴とされる<sup>7)</sup>。在宅で管理栄養士は患者の病態別の栄養食事療法における指導を行い、低栄養の場合は栄養状態が改善するための食べやすい食事の工夫や栄養相談に応じる。現在の在宅の問題は、家族構成が大きく変化し、独居及び夫婦世帯が65歳以上の高齢者世帯の過半数を占めていることである<sup>1)</sup>。これは今の高齢者を取り巻く介護力が非常に低下していることを示しており、高齢の介護者に負担をかけると、介護者自身が倒れて、介護ができなくなる危険を含んでいる。そのため、調理時間も短く簡単に作れる食事の提案が必要となる。

#### IV. 在宅における歯科診療との連携

在宅訪問栄養食事指導を行っていて、在宅で患者が栄養状態の悪化する要因はさまざまあるが、口腔内の問題は非常に多くみられる。在宅患者は歯科に何年もかかっていない、うがいや歯磨きを行っていないなどがよくみられる。歯の欠損、義歯の紛失による食事形態の低下や固い物が食べられない、口腔ケアを行わないことによる味覚低下、歯の痛みによる食欲低下、摂

食・嚥下障害による食事量・水分量の低下がある。このような在宅患者の栄養状態を改善するためには、口腔内の治療やリハビリテーションを行いながら、摂取栄養量を増やしていく必要がある。在宅の現場で管理栄養士は、口腔内に問題がある患者の場合、歯科医師と同行訪問し、適切な食事形態やとろみの粘度について歯科医師に相談し、さらに家族、訪問介護、訪問看護、ケアマネジャーも同席することがある。また食事量の増加が困難で、食事だけでは必要栄養量が足りない場合は主治医に報告し、栄養剤を処方して栄養を補うことも行っている。在宅で管理栄養士による訪問栄養食事指導と歯科診療の連携写真を示した(図5)。

#### V. おわりに

管理栄養士の在宅訪問栄養食事指導では、口腔内の問題が原因で摂取栄養量が低下した患者を栄養アセスメントから抽出し、この患者に歯科診療を導入、口腔内の問題を解決できれば、さまざまな食品を摂ることができる。その結果、摂取栄養量は増加し、サルコペニアを改善・予防することができると考えられる。歯科と管理栄養士の連携は在宅患者が食べたい物を食べることを可能にし、栄養状態の改善によりADLおよびQOLの向上に貢献し、患者本人が目指す生活を可能にすることができると考えられる。

#### 文 献

- 1) 内閣府. 高齢社会白書 26 年度版, 東京: 内閣府; 2014, [http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/26pdf\\_index.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/26pdf_index.html)
- 2) 小林久峰. サルコペニアとアミノ酸. 外科と代謝・栄養 2013; 47(2): 71-75.
- 3) 国立長寿医療センター. 平成 24 年度老人保健健康増進等事業 在宅療養患者の摂食状況・栄養状態の把握に関する調査研究報告書. 愛知: 国立長寿医療センター; 2013.
- 4) 大荷満生. 後期高齢者の栄養管理. JOURNAL OF REHABILITATION 2006; 15(12): 1129-1133.
- 5) 一般財団厚生労働統計協会. 国民衛生の動向. 東京: 厚生労働省; 2013.
- 6) 井上啓子, 中村育子, 高崎美幸, 前田 玲, 前田佳予子, 田中弥生ほか: 在宅訪問栄養食事指導による栄養介入方法とその改善効果の検証. 日本栄養士会雑誌 2012; 55: 40-47.
- 7) 全国在宅訪問栄養食事指導研究会. 在宅での栄養ケアのすすめかた. 東京: 日本医療企画; 2008.

著者連絡先: 中村育子

〒123-0851 東京都足立区梅田7丁目18-11  
医療法人社団福寿会 福岡クリニック在宅部栄養課  
Tel: 03-3852-8377  
Fax: 03-3852-9894  
E-mail: i.nakamura@fukujukaigr.or.jp