

地域における栄養管理について

第15回なにわNST倶楽部
3/25/2010

池岡クリニック 池岡清光



疾患の結果として生じる栄養障害

- 1) COPD
- 2) 心不全
- 3) 慢性腎不全
- 4) 脳血管疾患後
- 5) 大腿骨頸部骨折後
- 6) 悪性腫瘍 など



現況

在宅患者さん



栄養状態アセスメント(体重、皮下脂肪、血中Alb、リンパ球)



嚥下状態(咽頭反射、反復唾液のみテスト)、
症状(むせ、喉がゴロゴロ、夜間の咳、発熱など)



訪問看護師さんに依頼、経腸栄養剤の適応を考える
家族の協力を求める



そのままズルズルしている
または入院(→PEG?)

栄養がよくなれば病気
も改善するかもしれないのに!



栄養や食事の工夫によって改善する可能性がある

- 床ずれができてしまった
- 食べたたり飲んだりすると、すぐむせる
- 食べたがらない、飲みたがらない
- 脱水症状や肺炎で入退院を繰り返している
- むくみがひどい
- 排便がうまくいかない(下痢、便秘)



在宅患者訪問栄養食事指導料

居宅で療養を行っており、疾病、負傷のために通院による療養が困難な患者について、医師が当該患者に「特掲診療料の施設基準等」に規定する**特別食**を提供する必要性を認めた場合であって、当該医師の食事せんに基づき、管理栄養士が患家を訪問し、患者の生活条件、嗜好等を勘案した食品構成に基づく食事計画案又は具体的な献立を示した栄養食事指導せんに患者又はその家族等に対して交付するとともに、当該指導せんに従った調理を介して実技を伴う指導を30分以上行った場合に算定する。



訪問栄養食事指導料に規定する特別食

腎臓食
肝臓食
糖尿食
胃潰瘍食
貧血食
膵臓食
高脂血症
痛風食

フェニールケトン尿症食

楓糖尿症食

ホモシスチン尿症食

ガラクトース血症食

治療乳

経管栄養のための濃厚流動食

無菌食

特別な場合の検査食(単なる流動食及び軟食を除く。)



訪問栄養指導の料金

介護保険を利用する場合、訪問1回につき530円の利用料。医療保険、自治体の地域支援事業、福祉施設や民間企業など、どの訪問栄養指導を利用するかによって利用料は異なる。利用料の他に、交通費、指導の内容によっては食材などの実費もかかる場合がある。



多くの反応

- ・しかし管理栄養士さん、STさんにどうして来ていただくか、その手段がわからない。
- ・多くの開業医にとって介護保険でどれだけのサービスが利用できるかも、知識にバラツキがある。
- ・介護保険を利用しているか、それさえもあまり気にしない場合もある。
- ・つまりCureはするがCareまで考えが至らないことが多いのでは。そもそも栄養にあまり関心が無い。



医者だけで地域の栄養管理は無理



なぜ栄養に関心が無いのか？

日本の医学教育は生理学、生化学の講義はあるが実践的輸液、栄養学というものは単独の講義ではなく、臨床の場で独学で疾病に関連した栄養学を勉強するのが普通。

外来で低栄養の患者さんを診ることは少ない。むしろカロリー過多をどうするかが問題。

疾病により栄養が大事なファクターであることは認識しているが、治療が先行しそこまで手がまわらない。

開業医対象の勉強会でも栄養を主体としたものはほとんど無い。



在宅で低栄養の患者さんを診ても
危機感が薄く家族任せが多い。



NSTの日本における歴史

- 日本においても、中心静脈栄養法の普及と同時にNSTが導入されたが、数施設で単科・少数科での活動であったり、全科型でも中心静脈栄養法の管理が中心であった。栄養管理の有用性が認識されていなかった為、経費のかかる専属チームの設立は考えられていなかった。
- 全科型のNSTの発足は、PPM(Potluck Party Method)方式によるNSTが、1998年6月に鈴鹿中央総合病院に、2000年7月に尾鷲総合病院に設置されたものが日本初である。
- 現在日本でもNST活動の有用性は認識されており、2004年5月に病院機能評価項目Ver5.0の中にNSTの設立が取り上げられ、2005年末には全国で約700施設でNSTが設立されている。また、2006年4月の診療報酬改定に伴い、栄養管理実施加算が新設された。この加算が求めるものは、全科型のNST活動であり、全国の医療施設がNSTを積極的に設立するきっかけとなった。



開業医におけるNSTの認知度



蛋白-エネルギー栄養障害 (PEM)

蛋白-エネルギー栄養不良の重症度を評価するための一般的な測定項目

測定項目	正常	軽度の栄養不良	中等度の栄養不良	重度の栄養不良
正常体重(%)	90-110	85-90	75-85	< 75
体格指数	19-24*	18-18.9	16-17.9	< 16
血清アルブミン(g/dL)	3.5-5.0	3.1-3.4	2.4-3.0	< 2.4
血清トランスフェリン(mg/dL)	220-400	201-219	150-200	< 150
総リンパ球数(mm ³ 当たり)	2000-3500	1501-1999	800-1500	< 800
遅延型過敏症の指標†	2	2	1	0

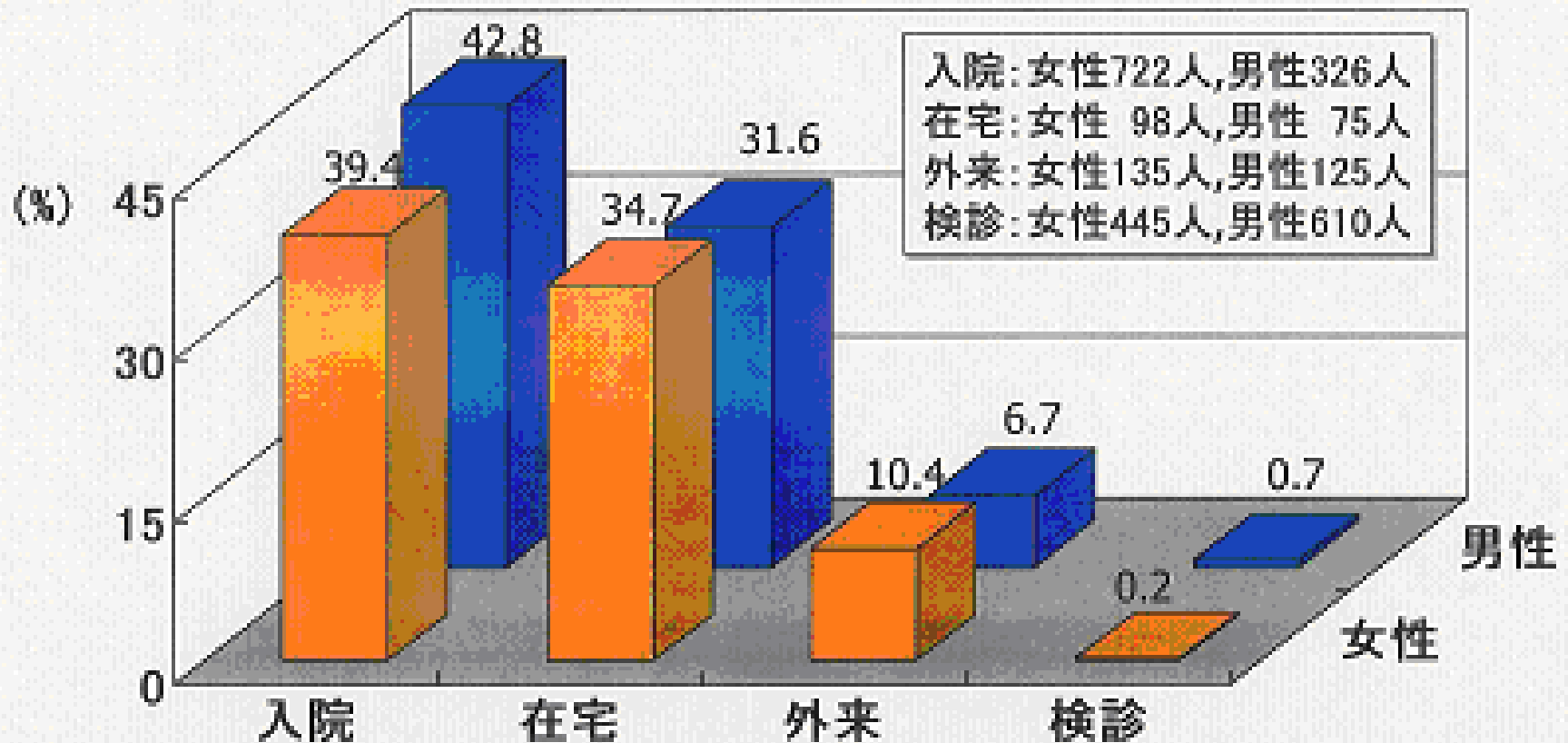
*高齢者では、21未満のBMIは死亡リスクを増大させる。

†遅延型過敏症の指標は、カンジダ菌または白癬菌由来のものなど、一般的抗原を用いた皮膚試験により硬結の大きさを数値化したものである。硬結度0= <0.5cm, 1=0.5-0.9cm, 2= ≥1.0cm。



高齢者におけるPEMの現状

低アルブミン血症(≤ 3.5 g/dl)の出現頻度



BMIと総死亡率

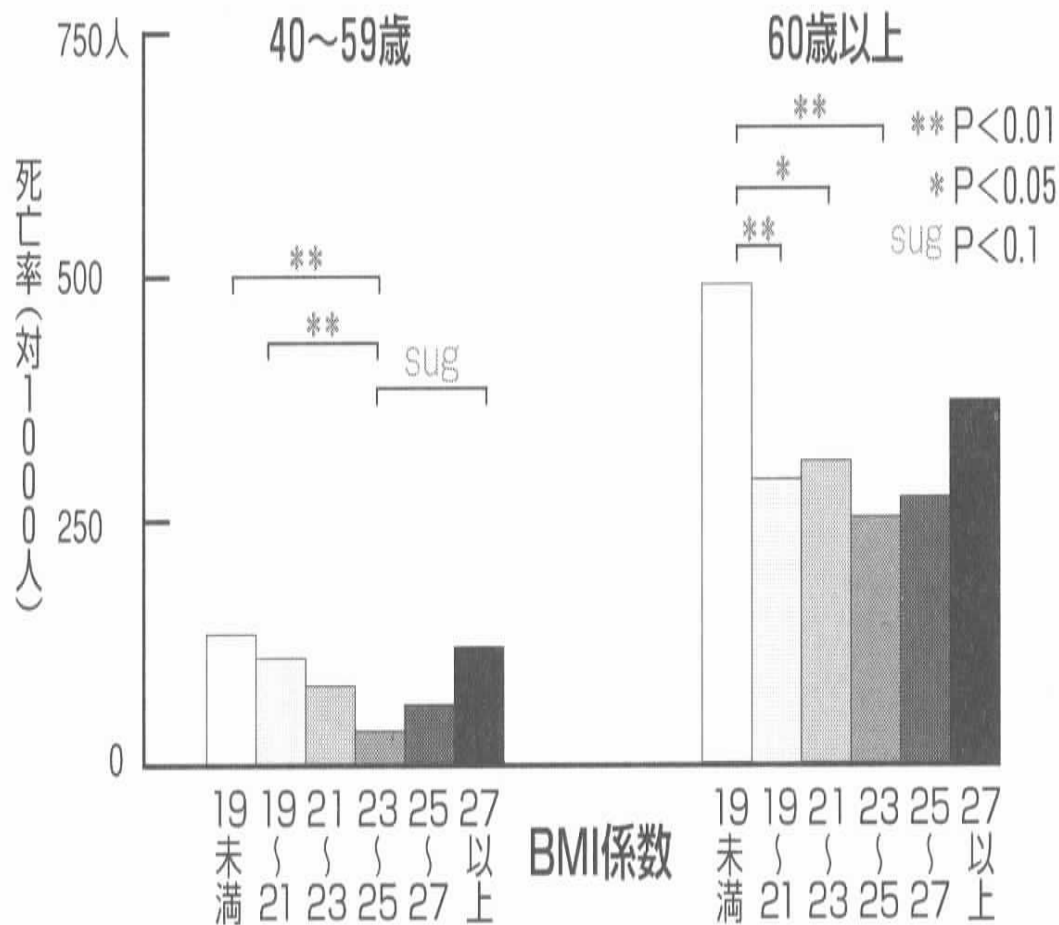


図9 年齢階級別にみた肥満度(BMI)と総死亡率の関係、年齢、性調整
(久山町男女2014名、1974~1987年)

出典：中山敬三他『日本老年医学会雑誌』34巻935頁、1997



高齢者の総コレステロール値と活動能力低下率

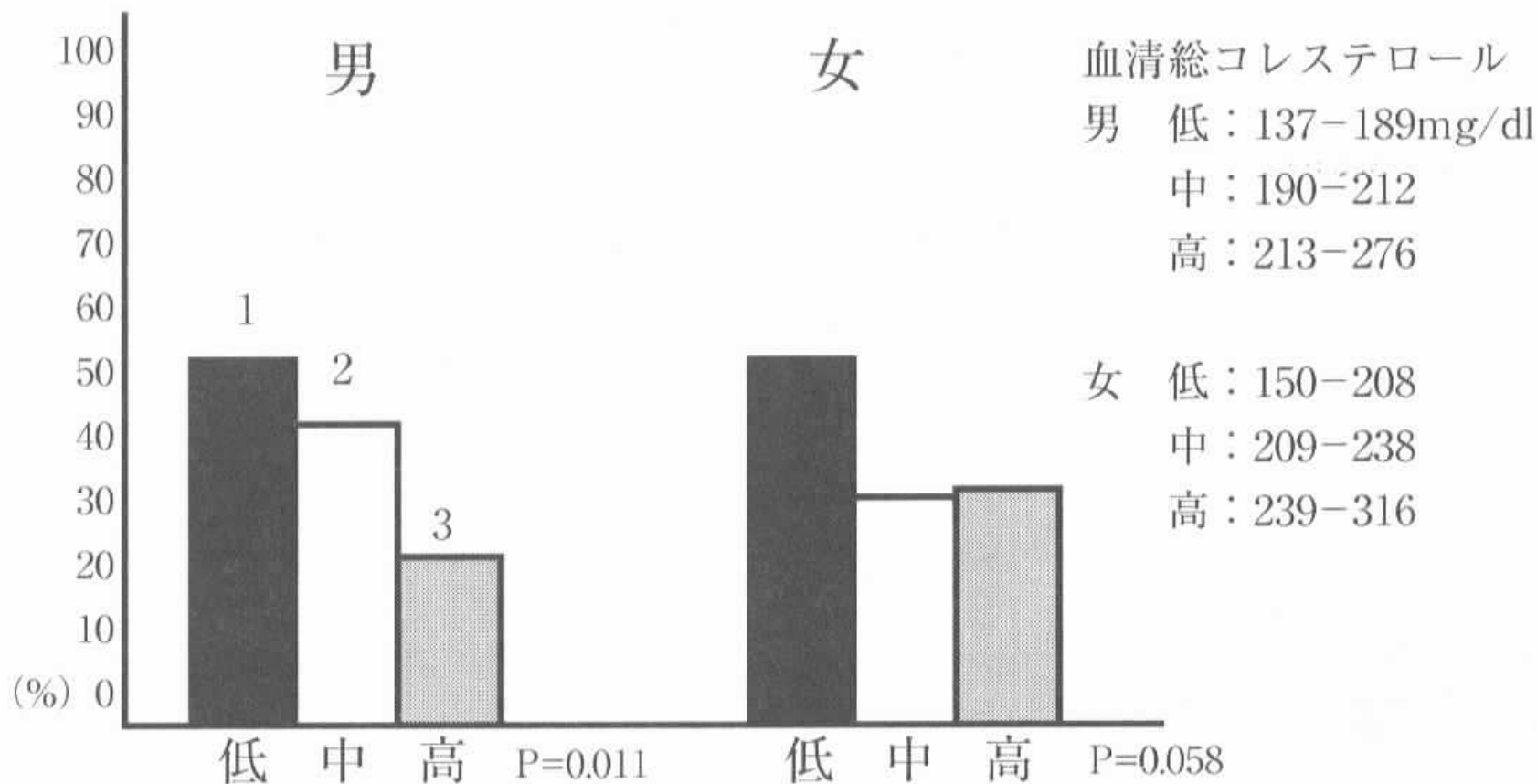
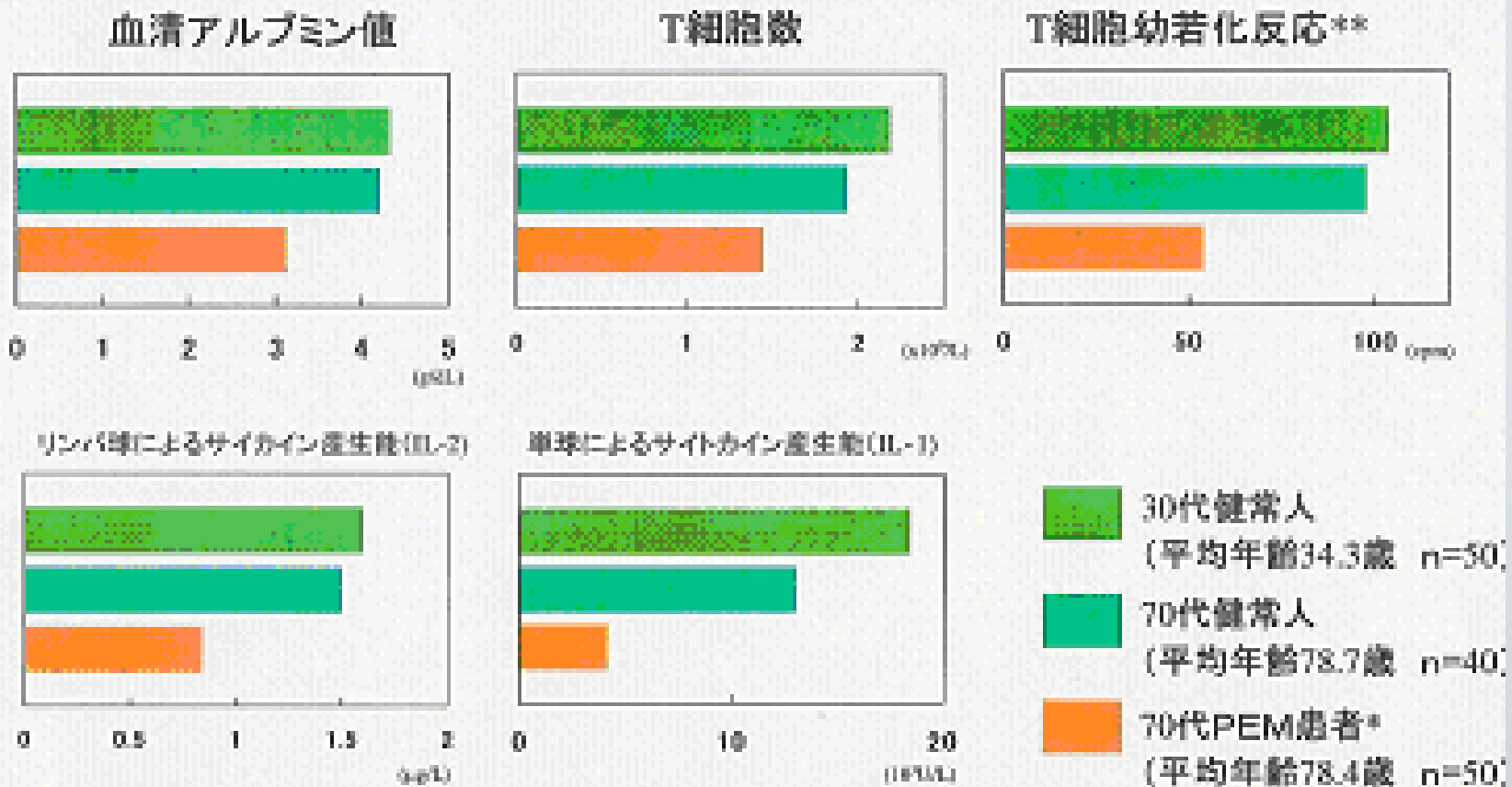


図17 血中総コレステロールの三分位別「老研式活動能力指標」得点の低下率
(小金井市、65～84歳、2年間の観察)

出典：Shibata H. et al.: *Journal of Epidemiology* 6 (Suppl): S71, 1996



加齢とPEMの免疫能に及ぼす影響



*血清アルブミン値3.5g/dL未満

**PHA (Phytohemagglutinin) 1 μ g/ 10^6 cells



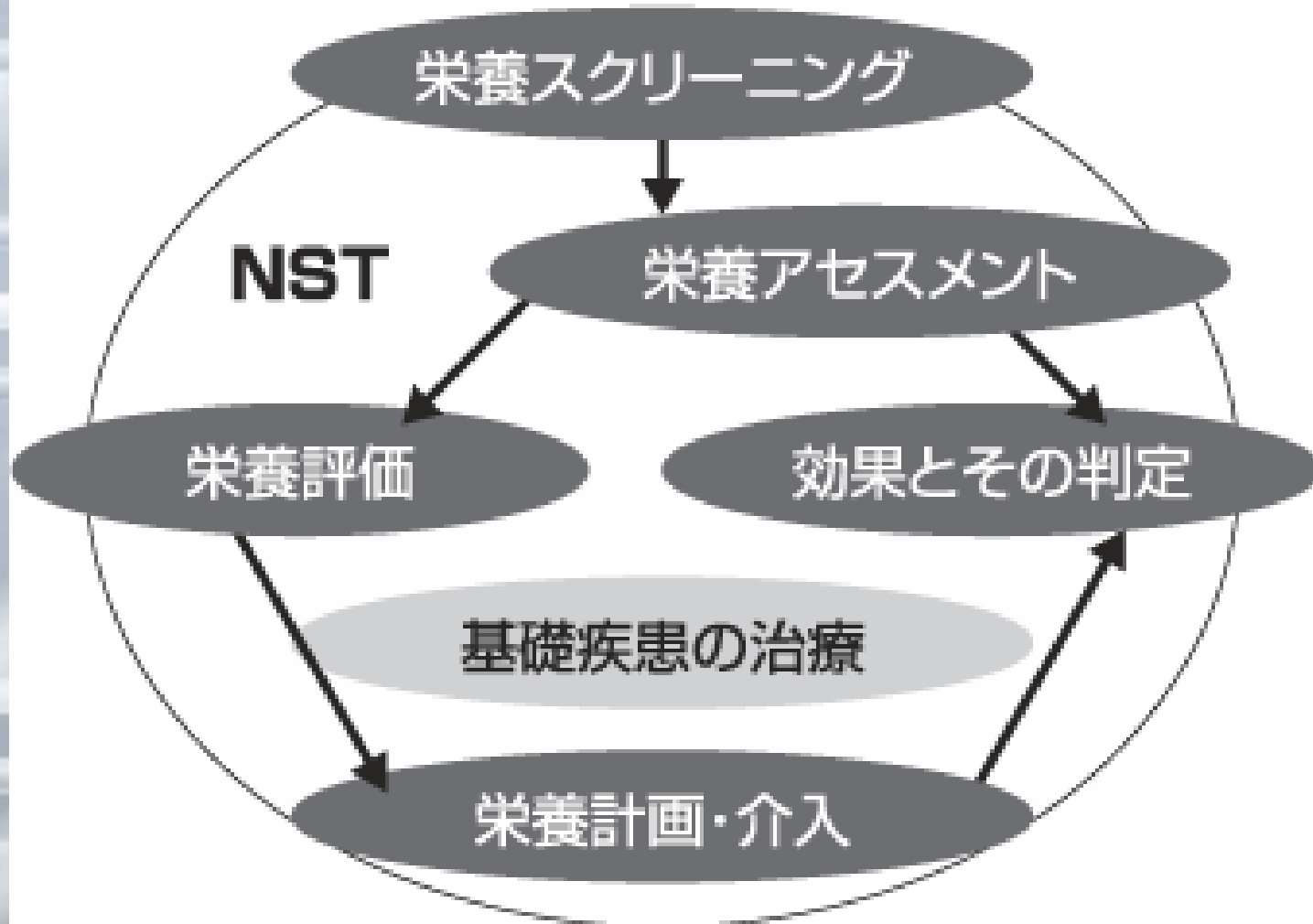
PEMでは死亡率が高くなる

栄養状態	男性 (n=194)	女性 (n=494)
PEM群*	22.6%	14.8%
良好群	10.2%	5.1%

*血清アルブミン3.5g/dL未満



栄養評価と計画の進め方



NSTの構成職種

- 医師(歯科医師を含む)
- 看護師(訪問看護師を含む)
- 薬剤師
- 管理栄養士
- 臨床検査技師
- リハビリテーションスタッフ(OT (作業療法士)、PT (理学療法士)、ST (言語聴覚士))
- 歯科衛生士
- 臨床工学技士
- 医療事務職員
- 資材事務職員



開業医とは？

- 基本的に時間がない、思っているよりはるかに忙しい。
- 毎日午前午後と外来をして、あいだの時間は往診。疲れている。
- 診療と経営を考えなくてはならない。プレイングマネージャー。
- 圧倒的にマンパワーが足りない。基本的にワンマンバンド。孤独(多分)。
- 新しい医学情報を得るには工夫が必要である。



- 診療報酬の問題
- 短時間で情報を得、ネットワークを築くにはITが必要(既存の紹介も)
- パラメディカルの方の援助が必要
- 医者間のネットワークが必要



PEG OR DIE ?



地域連携NST

●在宅患者さんの栄養管理はPEGの前に経口栄養を目標としたい

- ・訪問ST、栄養士、PTが必要・・・依頼先、
栄養ケアステーション

- ・歯科医との連携

- ・他科の医師（皮膚科、眼科、精神科など）との連携

→主治医がコーディネートするのは不可能 →在宅NSTパック

栄養管理短期入院が可能か？

→栄養障害地域連携パス、摂食嚥下地域連携パス



地域連携NST

- **早期介入**: 介護保険施設(通所)での栄養スクリーニング
→ 出張NST
- **脱胃ろうの工夫**: 胃ろう患者の約10%は脱胃ろうが可能であり
胃ろうと経口摂取を併用できる患者さんはもっと多い。
- **胃ろう造設後のフォロー**: 可能な医者ネットワーク
パラメディカルの出張



課題

- 医師会, 歯科医師会との連携 (広報、ネットワーク)
- 企業の働きかけ・・・経腸栄養剤などの新製品、
器具
- 定期的、頻回の勉強会 (e-learning)
- ネットワークの親密度を上げる工夫
- ITの有効利用



まとめ

- 地域には栄養を改善することにより恩恵をこうむる患者さんが多く存在する。
- そのためには主治医をサポートする在宅NSTが必須と考える。
- 胃ろうは必要不可欠な処置ではあるが、それ以前にできる努力がまだなされていないことが問題である。
- 解決にはマンパワーの豊富な病院からの手助けが必要である。

よろしく申し上げます。

