

# 在宅高齢者の自己実現から栄養ケアを考える

管理栄養学科 加藤 昌彦

## 1. はじめに

2012年現在、わが国は少子高齢化時代にどっぷりと浸かり、65歳以上の高齢者人口が21%を超えた<sup>1)</sup>、いわゆる超高齢社会のなかにいる。この言葉が良い意味で使われることは少ないが、超高齢社会自体は決して悪い話ではない。なぜなら、日本人がそれだけ長生きできるようになったという喜ばしい事実の裏返しにほかならないからである。実際、2010年の日本人の平均寿命をみると83歳（男性79歳、女性86歳）と世界第一位に輝いている。一方、平均寿命と必ず肩を並べ論じられるのが健康寿命である。健康寿命とは、ヒトが、ヒトとしての尊厳を保ち、他人の助けを借りることなく自立して生活できる寿命のことで、当然ながら健康寿命が平均寿命よりも短くなる。最近の日本人の健康寿命をみると、平均寿命よりも11年ほど短い。すなわち、平均的な人生を送る私たちが、歳をとって、いよいよ亡くなる前の約11年という長い間、誰か他の人の助けを借りつつ、すなわち介護していただきながら生活していく計算になる。

自らの健康寿命が終焉し、自分ひとりの力で生活できなくなったら、自分がしたいと思うこと、好きなことが自分の思うようにできなくなる。まさに自己実現を達成できなくなるわけであるが、一番悲しく情けないのは言うまでもなく自分自身である。しかし、それだけでは留まらず、そのような状況にある自分を直接、あるいは間接的に助けて、介護してくれる人（多くは家族、親族）の負担は想像に余りあるし、社会資源も大量に消費することになる。とはいうものの、誰もがこの“辛く悲しいスパイラル”に陥る危険をはらんでいる。以前、どこかで聞いたようなフレーズが頭にうかぶ。少なくとも自分が亡くなる時には、苦しい思いや痛い思いはしないで、まして家族や世間様には迷惑をかけないで、今日まではピンピンと元気で、明日になったらコロリと亡くなりたいね、“ピンピンコロリ”と生きたいね、などと、もはやジョークとは言えない会話が、最近、しばしば私自身の会話の話題に挙がるようになったのは、私が歳をとったせいなのだろう。

現在、私たちはこうした現実の中で生活していることを十分に認識し、如何にこの超高齢社会を乗り越えていくのかを考え、行動していくことが求められている。

## 2 いつまでも健康で元気な高齢者でいるために

超高齢社会を乗り切るには、高齢者に少しでも長く健康で元気でいていただき、残りの人生も世のため他人のために、ひと肌脱いでいただくことが早道である。方法は色々あろうが、ひとつは、高齢者の栄養状態を良好に保つことである。これならば、明日からでも実践可能であろう。

さて、ここで一つ、明らかにしておかなければならないことがある。在宅高齢者の栄養

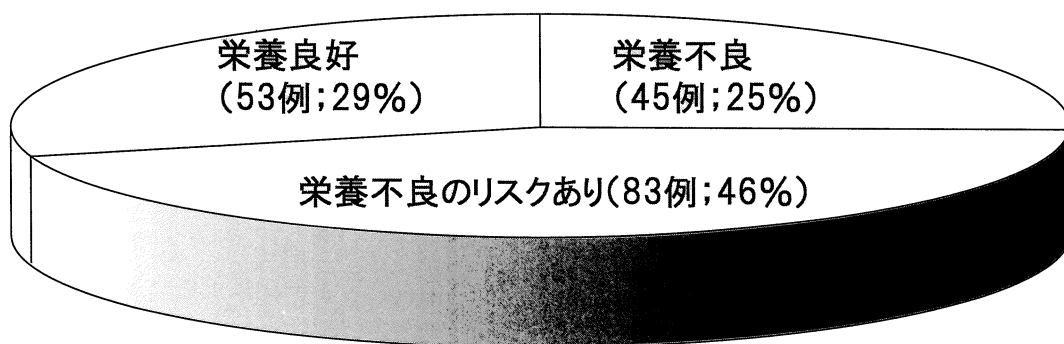
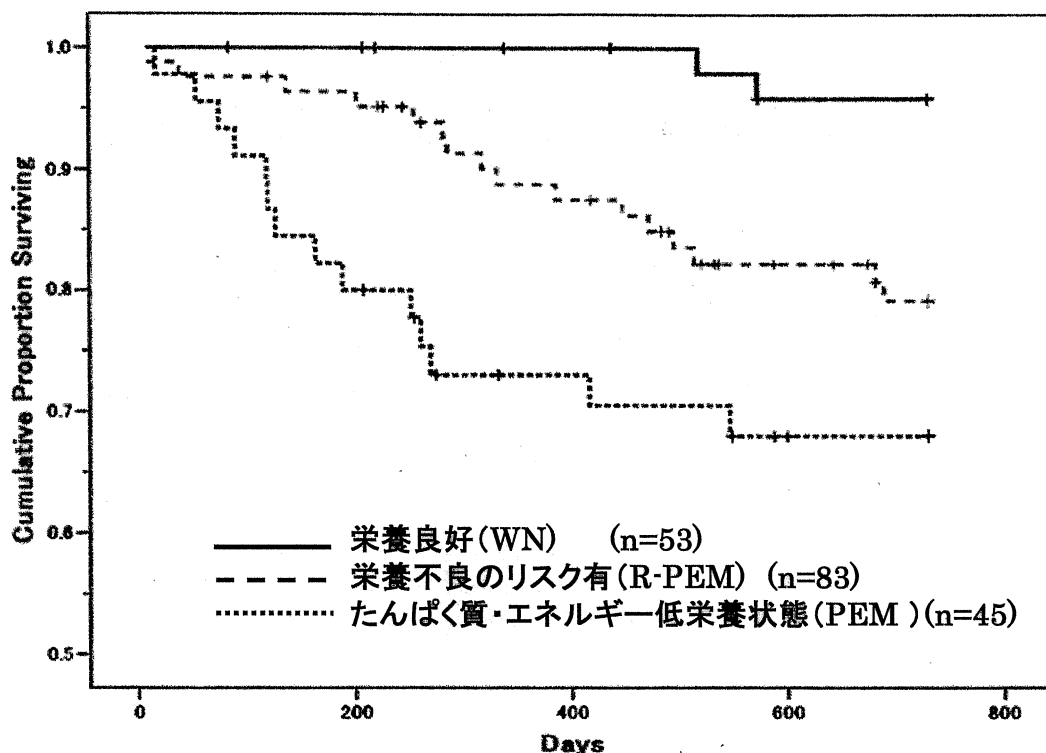


図1. 在宅高齢者は、栄養不良のリスクが高い  
～訪問サービス181名の検討～



(Inoue, Kato. Geriatr Gerontol Int, 2007)

図2. 在宅高齢者は、栄養状態が良いほど長生き

状態は本当に良くないのだろうか？

訪問看護ステーションに登録され、自宅で生活している高齢者（在宅高齢者）181名を対象とした私たちの検討では、栄養状態が良好な高齢者は僅か25%で、残り75%は栄養不良もしくは栄養不良のリスクのある高齢者であった（図1）。在宅で生活している高齢者だからといって、必ずしも栄養状態は良好でない、むしろ栄養不良のリスクが高い高齢者が多いことが分かる。さらに、これら在宅高齢者の栄養状態と寿命（生命予後）の関係をみると、栄養状態の良い高齢者ほど長生きする（図2）<sup>2)</sup>ことが明らかとなった。食事を盛り盛り食

べられる、あるいは、実際に盛り盛り食べている高齢者は元気だし、何よりも自分の口から食べることは高齢者の最大の幸せ、生きがいの一つ<sup>3)</sup>だから、在宅高齢者には、何とかして自分の口から美味しく楽しく食事を食べていただき、その結果、元気でいていただきたいものである。

最近、多くの病院や介護施設に栄養サポートチーム（Nutrition Support Team；NST）が立ち上げられるようになった。NSTは、栄養状態に問題のある患者や高齢者に対して、医師、看護師、薬剤師や管理栄養士など、臨床現場にいる専門職種がチームを組んで、それぞれの専門性を発揮して栄養ケアに当たる栄養管理を専門としたチーム医療である。ここに来て、遅まきながらも、やっと臨床現場において栄養ケアに関心が集まるようになってきたところである。したがって、病院に入院中あるいは介護施設に入所中の高齢者には、NSTが個々人に対応した栄養ケアを計画的に遂行しているが、さすがにNSTも在宅高齢者にまでは手が回らないのが現状である。在宅高齢者の栄養ケアに関する問題は、現状のNSTがかかえる大きな課題でもある。なぜなら、前述のごとく、病院や介護施設のみならず在宅においても食事を十分に食べられず、栄養状態も芳しくない高齢者が少なからず生活されているからである。いつまでも健康で元気な高齢者でいていただくには、病院、介護施設、行政および地域社会が連携を深め、在宅高齢者の栄養ケアを進め、栄養状態を良好に保つことが最初の一步である。

### 3. 在宅高齢者の栄養ケアは、ほとんど行われていない

残念なことに現状は、在宅高齢者の栄養ケアがほとんど進められていない。政策的には、在宅高齢者の栄養ケアを推進しようと、介護保険制度においては管理栄養士による居宅療養管理指導、すなわち在宅高齢者への栄養ケアを推進する仕組み（医師が栄養ケアを必要と認めた在宅高齢者に対しては、管理栄養士が高齢者の自宅に出向き、高齢者の自宅で直接栄養ケアをする、この栄養ケアに対しては介護報酬が認められる、仕組み）が整備された。しかし、この制度自体がほとんど活用されていない、すなわち限りなくゼロに近い。居宅療養管理指導という仕組みでは、管理栄養士のみならず、それぞれの専門職である医師、歯科医師、薬剤師、看護師あるいは歯科衛生士なども在宅高齢者に対して専門的ケアを行うことが可能で、それらのケアに対しても同様に報酬が認められている。そのため、多くの専門職種はこの仕組みを活用し、積極的に在宅に出かけ、在宅高齢者に対して専門的ケアを行っており、実は、活用していないのは管理栄養士のみである。

私たちは、管理栄養士による在宅高齢者への栄養ケアが一向に進まない理由を明らかにするため、平成20年厚生労働科学研究「管理栄養士による居宅療養管理指導実施に関する全国実態調査」、および平成24年度老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分）居宅療養管理指導のあり方に関する調査研究事業のなかで「居宅高齢者の栄養ケア・マネジメントのための居宅療養管理指導の実態把握とその体制に関する研究」を行ってきた<sup>4)</sup>。その結果、事務的な理由、手続き的な理由は別にすると、管理栄養士による居宅療養管理指導が活用されない理由が、少なくとも2つ見えてきた（図3）。1つは、在宅には

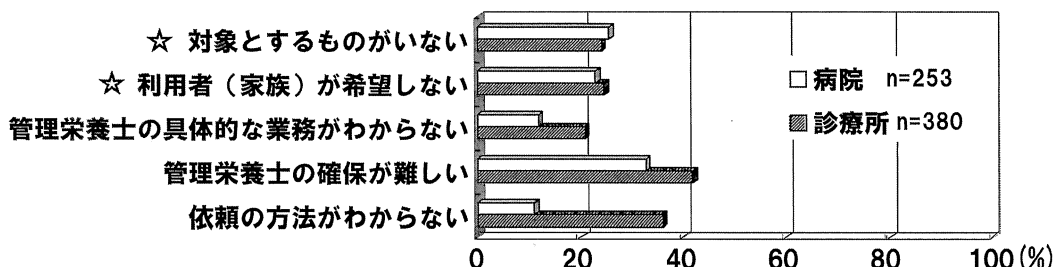


図3. 管理栄養士による居宅療養管理指導が進まない理由<sup>4)</sup>

管理栄養士のお世話になるような栄養不良の高齢者はいない、栄養ケアの対象となる高齢者がいない、という勘違いと思い込み。2つめは、仮に栄養不良の高齢者がいたとしても高齢者自身あるいは家族が、管理栄養士による栄養ケアを希望していない現実である。

1つめの理由は、理解できなくはない。高齢者だから栄養状態が悪くても仕方がない、むしろ悪いのが普通であろう、悪くて当然、といった思い込みは多くの人が持っているに違いない。自宅に栄養不良らしい高齢者は居るが、それは当然の話で特に問題ではないといった認識である。しかし、それよりも大きな問題は、そもそも栄養不良とは一体何を指すのか、なぜ高齢者の栄養不良が問題なのかを多くの人が理解していないことで、そのことにより、栄養不良の高齢者はいないという結果が導き出されてしまうと推測する。医師、看護師、管理栄養士などの医療従事者であれば、栄養不良が高齢者にとって良くないことを知っている。また、栄養不良の高齢者を見つけ出すことは、それほど難しくないかも知れない。しかし、医療従事者がいつも在宅高齢者と接してはいるわけではないのだから、本気になって栄養不良の高齢者を見つけ出して栄養ケアを行なおうというのであれば、普段から高齢者の周りにいる家族、近所の人にも栄養不良の高齢者を見つけていただくしかない。ところが、家族や近所の人が、栄養不良と判断することは難しい。それならば、一般の人にも栄養不良の高齢者を見つけられるように、栄養不良の簡単な見つけ方を教えてあげれば良い。

2つめは、管理栄養士による在宅高齢者への栄養ケアが、高齢者本人や家族にはほとんど期待されていないという現実である。そこで、私たちは、先の厚生労働省の研究班員として、全国10数箇所の都市を訪ね、そこで“管理栄養士による在宅高齢者への栄養ケアが、高齢者本人や家族にほとんど期待されていない”理由を、実際に高齢者の近くにいる家族、ケアマネージャー、ヘルパー、医師、看護師あるいはリハビリの先生など関係者にヒアリングして回ることにした。彼らの話をよく伺ってみると、在宅において管理栄養士が行う栄養ケアを、ほとんどの職種の人たちが、後述のように誤解していることが明らかとなった。この先、こうした誤解を丁寧に解いていくことによって、管理栄養士による在宅高齢者の栄養ケアが進められていくものと確信している。

#### 4. 在宅高齢者の栄養ケアは生活サポート

管理栄養士による在宅高齢者の栄養ケアは、単に栄養状態の管理にとどまらず、実は、

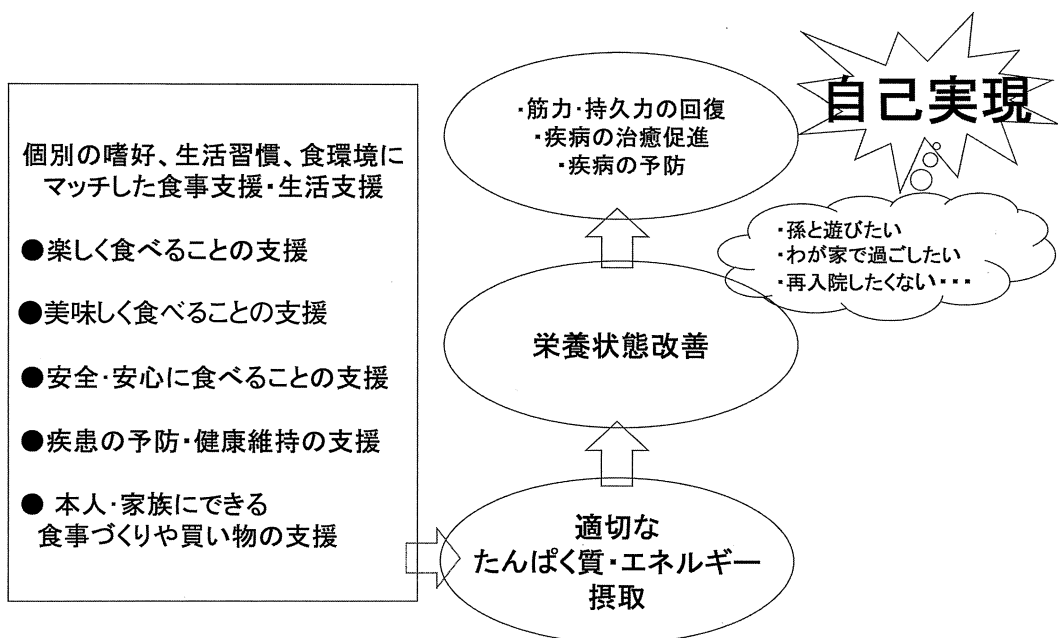


図4. 在宅高齢者に対する栄養ケアの流れと目的

高齢者の生活サポートそのものにほかならない。高齢者が、口から食べること（それ自体が、高齢者の自己実現の一つ）を通して、健康寿命が延び、自己実現を達成し、QOLが改善するように生活をサポートすることである。実際のところ、数は極めて少ないものの居宅療養管理指導を推進している管理栄養士は、在宅栄養ケアをすすめるに当たり、最初から「高齢者の栄養状態が・云々・」とは決して切り出さない。「毎日の食事は、美味しく食べられていますか」と尋ねることから始める。栄養状態が云々よりも、まずは高齢者が楽しく食事を食べること、美味しく食べること、安全に安心して食べられること、本人や家族ができる食事作りや買い物に関する相談を行なうことから始めている（図4）。肥満になるから食べ過ぎるな、高血圧の予防に塩分を減らせ、脂肪の摂り過ぎは動脈硬化を引き起こすから控えるように、お酒はダメとかタバコを吸うな、あれもダメ、これもダメといった栄養指導は禁句にしている。それにもかかわらず、多くの高齢者やその家族の管理栄養士に対するイメージは異なっている。わざわざ、自宅にまでやってきて、お爺さんやお婆さんに “ダメダメ！の栄養指導をするに違いない。そんな栄養指導なら、わざわざお金を払って来ていただく必要はない、むしろ来て欲しくない、お断り、これまで長いこと生きてきて、今更、お爺さん、お婆さんの好きな食べ物にまで口出しされたくない、と考えておられることが分かった。繰り返しになるが、実際に管理栄養士が行なっている在宅栄養ケアはそうではない。高齢者の個別の嗜好、生活習慣、食環境にマッチした食事支援・生活支援をするために、楽しく食べることの支援、美味しく食べることの支援、安全・安心に食べることの支援、疾患の予防と健康維持の支援および、本人・家族にできる食事づくりや買い物の支援なのである。さらに困ったことに、高齢者に栄養ケアを勧める側のケアマネージャーや看護師、さらには医師までもが高齢者本人や家族と同じように管理栄養

養士の栄養ケアに対して“ダメダメの栄養指導”、と認識していたのである。

こうした誤解を解くために、そのヒアリングの場において私は、参加された専門職の皆さんに、管理栄養士が行う在宅高齢者への栄養ケアについて、図4に示した具体的な内容を丁寧に説明したところ、ヒアリングに参加していただいた全ての職種およびご家族が、目からウロコが落ちた、そのような栄養ケアなら、ぜひ高齢者の皆さんに勧めたいと声を揃えた。

管理栄養士には、高齢者が自宅で楽しく食べること、美味しく食べること、安全に安心して食べられることを目指し、決して栄養改善のためだけの栄養ケアではなく、ゴールは高齢者の生活サポートであることをいつも念頭に置いてほしい。

## 5. 在宅高齢者の栄養ケア促進のための戦略

管理栄養士による在宅高齢者の栄養ケアを促進するためには、1) 高齢者の栄養不良を見逃さないこと、そのために栄養の専門家だけでなく、家族や近所のみなさんに栄養不良の高齢者を見つけていただく、2) 管理栄養士は、高齢者の栄養改善ばかりを念仏のように唱えるのではなく、高齢者みずからの口で、美味しく、楽しく食べていただくことを第一の目標に掲げ、生活サポートとしての栄養ケア活動をする。その結果、おのずと高齢者の栄養状態は改善しQOLが改善する。

### 1) 高齢者の栄養不良を見逃さない

高齢者の栄養不良は何が問題なのか？といえ、栄養状態が悪化すると、健康寿命は短縮し、自己実現ができなくなり、QOLが悪化し、早期に亡くなってしまう(図2、図5)。

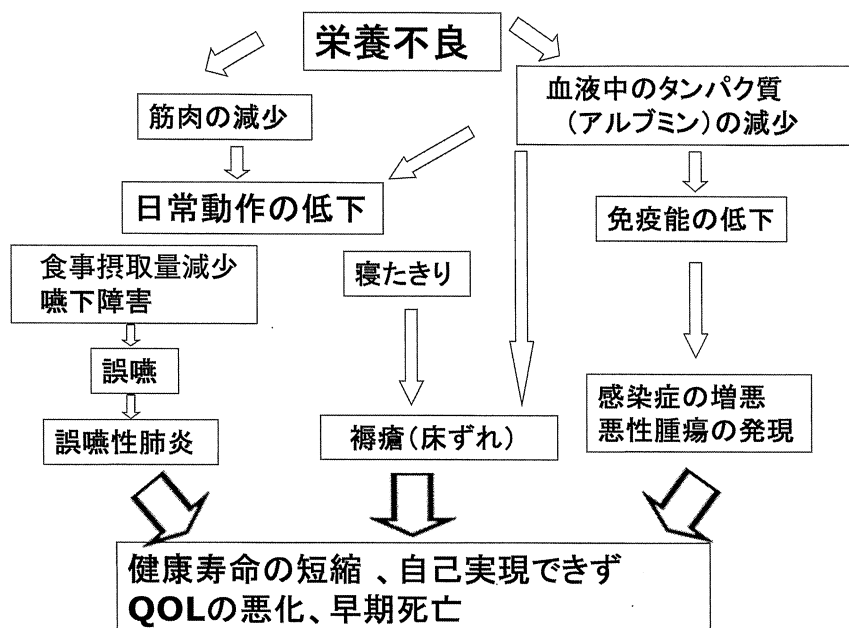


図5. 高齢者の栄養不良の問題点

栄養不良になると、筋肉の減少（筋肉中のタンパク質が減少）と血液中のアルブミンが減少（血液中のタンパク質が減少）をきたすことである。

筋肉の減少は、日常の生活動作を低下させ動かなくなる。高齢者では、短い時間であっても動かない状態が続けば、いとも簡単に寝たきり状態に陥る。寝たきり状態が続くと寝返りさえもうてなくなり、褥瘡（床ずれ）ができやすくなる。また、寝たきり状態になれば食欲も低下し食事摂取量は減少する。さらには嚥下する（飲み込む）筋肉（嚥下筋群）が衰え、食べ物をうまく嚥下できなくなり、気管の方に食物を誤嚥し、肺炎を引き起こす（誤嚥性肺炎）。高齢者の肺炎は時として致命傷となる。平成23年度の日本人の死因の第3位が肺炎となったが、その95%以上は65歳以上の高齢者で、また、肺炎のほとんどは誤嚥性肺炎である。

一方、血液中のアルブミンが減少すると免疫能が低下するなどして、軽い感染症が重篤に陥る（たとえば、ちょっとした鼻風邪と思っていたら肺炎になってしまったなど感染症が増悪しやすい）、あるいは容易に悪性腫瘍（いわゆる、がん）が発現する。さらに、肺炎、褥瘡、感染症の増悪や悪性腫瘍の発現は、より一層栄養不良を進展させるといった悪循環に陥る。この図式を高齢者本人や家族と共有し、高齢者の栄養不良は、高齢者自身にとって良くないことと理解していただくことから始める。そのうえで、在宅高齢者の栄養不良を誰もがみつけられように、簡単なチェックポイントを介護現場にいる全ての人に覚えていただく。

在宅高齢者の栄養状態判定のための簡単なチェックポイントは、わずか4項目である（表1）。食事の摂取状況は何よりも分かり易い栄養指標である。食事が食べられない高齢者の栄養状態が良いはずはない、いつも食べていた量に比べ食べる量が減ってきている場合は栄養不良のリスクが高い。脱水や浮腫（むくみ）の存在は栄養不良のリスクを示唆

表1. 在宅高齢者の栄養状態判定のための簡単なチェックポイント

## **I. 食事摂取状況・・・食事をいつものように食べているか？**

**（減ってきてないか？）**

## **II. 視診、触診・・・脱水、浮腫（むくみ）はないか？**

## **III. 身体計測**

**身長、体重・・・ BMI(body mass index)\*の値は？**

**体重の減少はないか？**

\* BMIは、体格指数（肥満指数）と呼ばれ、体重(kg)/[身長(m)]<sup>2</sup>から算出される。  
18.5～25.0が標準であり、18.5未満の場合は、栄養不良のリスクあり、と判定。

**（健康診断結果などがある場合）**

## **IV. 血液検査・・・アルブミン値**

**3.5g/dℓ以下は栄養不良のリスクあり、と判定。**

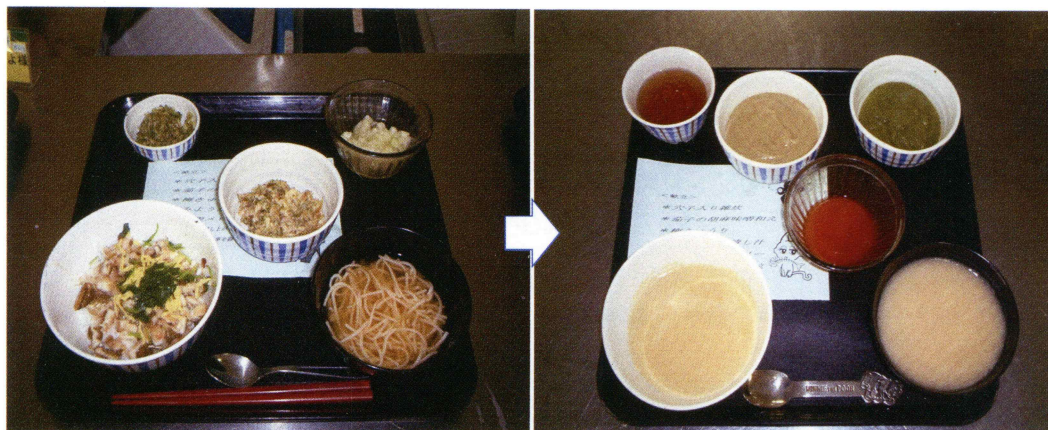


する。脱水や浮腫は、親指と人差し指の2本を使って皮膚を押したり、つまみ上げれば見つけられる。脱水がある場合には、皮膚をつまみあげると、あたかも床に落ちたハンカチを拾い上げた時のように皮膚が山型に持ち上がり、そのままの状態がしばらく続く。あるいは、脇の下が、いつも乾燥している。浮腫があると、指の腹で押さえると皮膚が凹んで指の跡が残る。もっと簡単なのは、目に見えて痩せているなら栄養不良である。服を着ていると痩せているかどうかはわかりにくいので、体重と身長を計測すれば、栄養状態判定の信頼度はより高くなる。浮腫があると見た目は痩せていないことが少なくないため注意が必要である。この程度のチェックなら誰にでも実施できる。定期的、非定期的に健康診断を受けている高齢者、あるいは病院に通院している高齢者は血液検査の結果を持っていることがある。血液検査項目はいくつもあるが、注目する項目は“血清アルブミン”一つで十分である。この値が、3.5g/dL 以下の場合は栄養不良のリスクがあると判定できる。

重要なことは、これらのチェックポイントを用いなくても、「何か、いつもと違う」「元気がない」「会話が少ない」などから「何となく、うちのお爺ちゃんは栄養不良かも知れない」と感じる事が大切で、そうした直感が働いたら、ケアマネージャーやかかりつけ医などに直ぐに連絡がつく、連絡をつけられるようなシステムを、今後、行政等と力を合わせて構築していく必要がある。

## 2) 高齢者みずからの口で、美味しく、楽しく食べていただく

管理栄養士は、栄養の専門家であると同時に食の専門家でなければならない。美味しいと感じるものは個々人で異なるため、目の前の高齢者にとっての美味しい食事を提案でき、それを高齢者の自宅で実際に作れなければ、在宅では役に立たない。場合によっては、買い物ができておらず、冷蔵庫の中にある数少ない食材で、しかも高齢者にもできるような簡単で美味しいと満足していただける食事を提案、あるいは作ってみせなければならない試練が待っている。



刻み食

ペースト食

図6. 形のある食事(刻み食)と形のない食事(ペースト食)  
～自分が、食べたい食事を提供することが大切～



一方、私たちがしばしば繰り返してきた失敗は、高齢者が食事を食べる量が減ったと聞くと、ご飯が固くて、うまく噛めないからだとか、おかずが大きくて食べにくいからだなどと勝手に決め付けて、それならご飯をお粥にしようとか、オカズは細かく刻んで食べやすくしてあげようとか、もっと極端な場合には流動食（ミキサー食）にしてしまおう、といったお節介である。確かに、食べやすくなって、それが功を奏することもあるが、往往にして失敗する。白いご飯なら食べるが、お粥は食べないという高齢者は少なくない。まして、ミキサー食のように、ご飯もおかずも原型をとどめていない食事を、高齢者が食べたいと思うだろうか（図6）、自分自身が食べたいと思えない食事を高齢者に提供するのナンセンスである。美味しさの評価は、色あるいは外観が重要な要素であることはよく知られている<sup>5)</sup>。高齢者では味覚が鈍化していることが多いため、味も少し濃い目が良いかも知れない。長年培ってきた食習慣は、たやすく変えられない。在宅で、高齢者の栄養ケアを成功させるには、その家庭や地域に根付いた伝統と食文化を理解し、その家庭の経済状況やその家庭が置かれている社会的環境をよく理解すること、そして、栄養・医学的効果は、食事を盛り盛り食べたその結果としてついてくる（図7）。食べられない食事の提案は、いくらしようがナンセンスなのである。



図7. 在宅高齢者の栄養ケアを成功させる4つの因子

## 6. おわりに

在宅高齢者の栄養ケアは、高齢者の生活サポートにほかならない。管理栄養士の専門業務は、高齢者の栄養状態を改善させることである、に異論はないが、敢えて言わせていただく。「栄養改善のためだから……」「栄養ケアのために……」と栄養改善のみを声高らかに

に唱えていては、在宅高齢者の栄養ケアの実現は遠のくばかりである。栄養ケアは、多職種協働による高齢者の生活サポートのほんの一部に過ぎないことを肝に銘じておく必要がある。高齢者にみずからの口で、美味しく、楽しく食べていただくことこそが、高齢者が長く健康で元気な毎日を過ごし、自己実現を達成することにつながり、延いては、この先さらに進むであろう超高齢社会を乗り切る近道に違いない。

- 1) 平成24年版高齢社会白書（総務省）
- 2) Keiko INOUE and Masahiko KATO. Usefulness of the Mini-Nutritional Assessment(MNA) to evaluate the nutritional status of Japanese frail elderly under home care. *Geriatrics and Gerontology International* 7; 238 - 244: 2007
- 3) 加藤順吉郎. 福祉施設および老人病院等における住民利用者（入所者・入院患者）の意識実態調査分析結果. *愛知医報* 1434; 2 - 14: 1996
- 4) 加藤昌彦、榎裕美. 管理栄養士による居宅療養管理指導の推進に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 長寿科学総合研究事業 介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究 平成18年度～平成20年度総合研究報告書; p180 - 191: 2009
- 5) 松本伸子、松元文子. 食べ物の味－その評価に関わる要因－. *調理科学* 10; 97 - 101: 1977