

連載

高齢者保健・福祉(6)

「介護予防における栄養ケア・マネジメント」

神奈川県立保健福祉大学 杉山みち子 遠又靖丈
国立保健医療科学院 多田由紀

1. はじめに

地域高齢者のための栄養改善は、非認定者、要支援1、要支援2の軽度者ならびに重度化予防の視点から要介護1~5の認定者も対象とした「予防重視型システム」に位置づけられる。2005年10月には、介護保険施設における高齢者の低栄養状態（protein energy malnutrition, 以下、低栄養）の改善を目的とした栄養ケア・マネジメント（Nutrition Care and Management, 以下、NCM）が介護報酬（栄養マネジメント加算）として評価された。さらに、2006年4月からは、通所及び訪問サービスにNCMが導入され、低栄養状態の改善を目的とした栄養ケア（予防給付では栄養改善加算、介護給付では栄養マネジメント加算）が提供できるようになった。一方、市町村による地域支援事業特定高齢者施策においても、管理栄養士あるいは経験のある栄養士による栄養改善プログラムが提供できる体制づくりが行われた。

2. 地域高齢者の低栄養のおそれのある者の把握体制

居宅サービス（予防給付を含めて）では、利用者ごとの地域包括支援センター担当者や介護支援専門員によるケアマネジメントの一環として、利用者全員に対する低栄養状態のおそれのある者の把握（栄養スクリーニング）が行われる。この場合、栄養改善加算あるいは栄養マネジメント加算が算定できる利用者は、BMIが標準を大きく下回る者、体重の減少が認められる者、栄養面や食生活上に問題がある者など低栄養にある者またはそのおそれのある者である。つまり、たとえ、BMI30以上の肥満者であっても、低栄養のおそれが「有」と、疾患（脳梗塞、消化器、呼吸器、腎臓疾患等）、手術・退院の直後、身体状況（発熱・風邪など）、口腔・摂食・嚥下機能の問題、ライフイベントによる精神的ストレス、生活機能低下（買い物・食事作りなど）、閉じこもり、うつ、認知症等の状態から判断されれば、NCMをサービス計画に導入することができる。

しかし、現在、居宅サービス利用者へのサービス開始時において、低栄養のおそれのある者の把握は徹底されていない。把握体制が機能している場合でも、居宅サービス利用者にも地域支援事業特定高齢者施策の基本チェックリストの該当基準が適用されているため、把握者の割合は極めて少なくなっている。また、厚生労働省老人保健課長通知で提示された栄養スクリーニング様式例も殆ど活用されていない。

このように適切な栄養スクリーニングが全国的に機能していない背景には、利用者・家族、ケアマネジメント担当者、事業管理・責任者に高齢者の低栄養の早期把握と栄養改善の意義が普及・啓発されていないこと、事業管理・責任者によって当該サービス推進の経営上のメリットがないと判断されていること、地域のサービス担当者である管理栄養士や経験のある栄養士の所在が不明であること等が挙げられる。

3. 地域高齢者の低栄養の実態

介護保険制度改正前の高齢者における低栄養に関する実態調査では、血清アルブミン値3.5 g/dl以下を低栄養の中リスク以上として、入院高齢者の約4割に対して居宅の介護を要する高齢者の約3割に低栄養が存在していた。一方、地域自立高齢者のうち外来受診者の約1割、人間ドック受診者では、女性で0.2%、男性で0.7%であった。そこで、介護予防の対象となる介護認定非該当者では1%、予防給付の対象である要支援者においては5%程度と推定されていた。

介護保険制度改正後に実施した平成18年度厚生労働省長寿科学研究「介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価」（主任研究者 杉山みち子）において、全国介護保険施設の約3割を無作為抽出し、各施設入所時の栄養リスク指標（BMI、体重減少率、喫食率、血清アルブミン値、褥瘡の有無、経腸・静脈栄養法有無別）の把握率を各施設からの申告数として明らかにした。平成17年10月で

は、介護保険施設新規入所者のBMIの中・高リスク者、42,622人の38.4%、体重減少率の中リスク者38,321人中16.2%、高リスク者18,481人中5.8%、血清アルブミン値の中リスク者18,481人中32.6%、高リスク者6.7%であり、食事摂取量75%以下の中・高リスク者は39,842人中15.0%であった。この低栄養状態の把握率は、制度改正1年後の平成18年度10月も同程度の割合であった。すなわち、これらの入所高齢者は、入所前の居宅や病院においてすでに低栄養に陥っていると推察される。低栄養状態の原因は、主として食事摂取量の低下あるいは疾患によるものであるが、食事が減少している場合には、同時に脱水のおそれのあることを危惧しなければならない。

一方、市町村の特定高齢者施策栄養改善の対象となるのは、基本チェックリストにおける「6ヶ月間に2~3kgの体重減少がありましたか」「BMI18.5未満」の2つの項目に該当した場合、あるいは血清アルブミン値3.8g/dl以下（ただし、介護給付においては3.5g/d以下）の者が対象となる。例えば、神奈川県における介護予防サービス（35市町村）では、特定高齢者8,924名（65歳以上人口の0.56%）のうち、介護予防事業参加者は、2,159名（24.1%）であり、さらに、前述の2項目に該当し、栄養改善サービスが導入された者は、通所型415名（22.7%）、訪問型177名（36.6%）、3ヵ月後に基本チェックリストによって改善を認める者は、32.8%、主観的健康感の改善は44.0%に、要支援、要介護へと悪化した者は5.9%であった。

4. 介護予防に対する低栄養状態の改善の有効性

高齢者の低栄養は、内臓タンパク質及び筋タンパク質の低下を介して、身体機能及び生活機能の低下をはじめ、感染症の誘発、誤嚥性肺炎、褥瘡など、要介護状態の重度化につながる。そのため、米国糖尿病学会のガイドラインにおいても、高齢者における低栄養の改善は、糖尿病、高血圧、高脂血症など栄養療法より、優先して取り組むべき栄養改善の課題であるとされている。

著者らは、低栄養の改善のためには、単に食事を給食として提供するのではなく、個別の栄養ケア計画に基づいた栄養素等の摂取と栄養食事指導が有効であることを介護保険施設入所者を対象としたランダム化比較試験によって明らかにしていた。一方、低栄養にある自立した高齢者においても、食事による適正なエネルギー、タンパク質の摂取によって栄養状態が改善し、身体機能（握力、最大歩行能力な

ど）が改善することが、ランダム化比較試験等の介入研究のメタ分析によって示された。これらの根拠によって、低栄養の改善は給食の提供ではなく、NCMによって個別の利用者に対応した栄養ケアが提供されることが有効であると見なされた。

今後は、NCM体制のもとアウトカム評価に基づいたサービスの継続的な品質改善活動（Continuous Quality Improvement, CQI）の成果を公表していくことが求められている。

平成19年度厚生労働省老人保健健康増進事業補助金 介護予防事業等の効果に関する総合的評価・分析事業に関する研究（主任研究者 辻一郎）によって市町村を通じた介護予防事業の一環として栄養改善の関連データの収集がおこなわれているところであるが、サービスの提供数が未だ少数であることが今後の課題となっている。

5. おわりに

介護予防は、高齢者を対象とした新しい視点でのヘルスプロモーション活動の展開である。地域住民への情報の普及・啓発やボランティア活動の育成といったポピュレーション・アプローチによる基盤づくりや、地域包括支援センターを要とした地域の民生児童委員協議会、自治体、町内会との連携、インフォーマル・サービスとのネットワークづくりが求められている。

地域において低栄養のおそれのある高齢者は、糖尿病、呼吸器疾患、がん等の慢性疾患を有する者、閉じこもり、認知症、うつ傾向にある者であり、痩せや体重減少をいち早く把握して、栄養ケアを提供し、低栄養の改善のみならず維持を図ることが求められる。神奈川県立保健福祉大学実践教育センターでは、平成19年から栄養ケア・マネジメント研修課程に、現任の管理栄養士を対象とした居宅サービスの研修プログラムを導入した。地域は、高齢者の介護予防のための栄養スクリーニングを適切に機能させるとともに、居宅サービスを担う栄養専門職の育成を推進していくことが求められる。

文 献

- ・杉山みち子，改正介護保険制度と「栄養ケア・マネジメント改革」，保健医療科学 55: 32-41, 2006.
- ・杉山みち子，改正介護保険制度と栄養ケア・マネジメントに関する研究，栄養学雑誌 65: 55-66, 2007.
- ・平成17年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金「地域支援事業及び新予防給付における栄養改善に関するサービスのあり方研究会」報告書（主任研究者：杉山みち子），平成18.1（厚生労働省ホームページ参照）