

## 褥瘡と在宅 NST の考え方 <如何に連携を行うか？>

高岡駅南クリニック院長 塚田邦夫

在宅で連携をもって褥創のケアを行うこと、特に栄養ケアを行うことは可能なのでしょうか。実はさまざまな困難があります。病院と診療所の連携、診療所と診療所の連携、医療機関と訪問看護や介護サービスなど総合的な連携など、さまざまな連携が在宅ではありますが、いずれも落とし穴があり、容易ではありません。

今日はこのような在宅連携、特に栄養連携について考えてみましょう。

### 在宅連携のうさんくささ：病診連携は本当に在宅療養者の視点に立っているか

病院と診療所間の連携には利害の一致することが多く、一見良好に行えているように見えます。しかしその実、病院側の都合による連携作りが多いようで、かみ合っていない例もみられます。

病院が「連携、連携」と言う時、うがった見方をすると、「新しい患者を集め、かつ早く退院させるための組織作りとして連携がある」ように見える部分があります。地域連携パスなどが作られていますが、その多くは病院側で作られ、診療所が参加してのパスの作成は聞いたことがありません。

栄養に関する病診連携はほとんど進んでおらず、NST 連携、在宅栄養連携、地域一体型 NST などと呼ばれるもののほとんどは、病院で作った PEG（内視鏡的作成胃瘻）を在宅でみていくためのものが実態となっています。

実は在宅での栄養療法は経口摂取がほとんどで、また家族も経口摂取での栄養を考えており、PEG による栄養投与は、少なくとも家族の中では第一は考えていません。

### 診診連携の難しさと限界

在宅褥創をみていて感じたことに、診療所間での患者紹介の難しさがあります。特に連携を行い継続していく上で、診療報酬制度が障害となっていることがあげられます。

例えば、褥創を発症した在宅患者に原疾患の主治医がいても、その主治医は内科医で褥創をみられない時、患者家族やケアマネが私に褥創をみてもらいたいと考えたとしましょう。私は情報を集め、患者の依頼によって往診をしますが、栄養評価を考え血液検査を施行します。その結果コントロール不良の糖尿病があり、褥創治療のために糖尿病のコントロールが必要と判断し、現在服用中の薬に追加を行い、主治医に報告して服薬の変更を伝えたとします。

多くの場合、主治医は気分を害し、患者家族やケアマネはお小言をちょうだいすることになります。なぜかという、それぞれの開業医は、保険請求制度によってお互いが競争相手にさせられているからです。

患者の治療を行うにあたって、例えば「在宅寝たきり患者処置指導管理料（10500 円）や、「居宅療養管理指導費（5000 円）」は一つの施設しか請求できません。

連携を行うと、恐らく依頼した側はこれらの管理料をあきらめ、依頼された側が請求することになります。もし二つの医療機関で二重請求をした場合、後に個別指導などで追求されるかもしれないからです。この他にも、二つ以上の医療機関で同時に請求すると、指導の対象になるかもしれない診療報酬がいっぱいあります。

このように診療所同士が連携するとやっかいな問題が出てきて、できれば連携したくないし、複数の診療所が一人の患者に関わった場合、お互いに知らないことにした方が都合の

良いことがいっぱいあるのです。

以上のことは、新人の開業医はほとんど知らず、年月を経るにしたがって制度のことが判り、また繰り返す指導で萎縮していき、いよいよ連携をしなくなっていくのです。

### 病院の理論は在宅では使えない

病院や施設では、医療者の考えに添うように患者説明を行い誘導しています。これを「ムンテラ」(患者を馬鹿にした禁止用語と考えます)と呼んでいます。患者家族は必ずしも 100% 納得していなくても、治療は成立します。なぜならその治療やケアの実行者は医療者側だからです。

ところが在宅では、医療者が最適と考えプランしても、患者や家族が 100% 納得してないと実行されません。なぜなら在宅では医療や介護の実行者は家族だからです。医療者側はどんなに足繁く訪問をしても 1 日の内のほんのわずかな時間しか在宅に留まれないからです。したがって、病院で行うような「ムンテラ」では役に立たず、患者や家族の希望を聞き、それに添うような提案をして納得してもらうことが大切なのです。これは「ムンテラ」とは言わず、「話し合い」です。

本来、病院でも「話し合い」がなされるべきでしょう。

### 病院の NST と在宅の NST の違い (NST には多様性がある?)

病院では、病気を治し、低栄養の改善をし、しかもなるべく短期間の入院で効果を上げるために NST があります。病院では「栄養投与計画」に基づき「栄養投与」が行われます。投与計画を行うにあたっては、「単一の理想的栄養状態」があり、それに近づけることが目的になります。

しかし在宅ではもっと多様な目的があるのではないのでしょうか。

また、栄養改善のやり方に関しても、病院 NST では経口投与よりも、経腸栄養や経静脈栄養などの強制栄養が主になります。在宅 NST では経腸栄養や経静脈栄養よりも、経口摂取のような自律摂取が中心になります。このように NST と名が付いても何か違うような感じですか。

そこで NST についてその目的を考えてみると、もっと多様なのではないかと気がつきました。

1. つまり、病院での NST は、ICU での NST 活動が典型的であり、「重症な病態の中で、総合的な栄養ケア (つまり低栄養の改善) を行う事」が目的と考えられます。
2. ところが、すでに病院でも別の NST 活動が行われています。外来での食事指導がそれに当たります。つまり「高血圧や糖尿病、高脂血症といった生活習慣病を、薬剤の他に食事や運動療法などで、総合的に改善していく栄養サポート」です。
3. ところが、在宅では患者は病気と向き合い、生活の場の中で「現在の生きる目的を達成するため」の栄養ケアです。あるいは「いかに死んでいくか」に向き合った中での栄養ケアです。ここでは栄養改善が目的となるのではなく、「幸福や生き甲斐などに関連した栄養ケア」です。病院ではまったく疑うことのなかった「栄養改善」が、第一の目的になっているとは限らないのです。

病院関係者は、上記の 1 と 2 は理解できますが、3 は理解できないでしょう。在宅で NST を行うには、この 3 の考え方ができないと受け入れてもらうことはできず、空回りとなってしまいます。

### 在宅での栄養ケアには摂食調査が有益

在宅での褥創ケアを行うにあたり、栄養評価は欠かせません。初診時には必ず血液検査を行い、栄養評価を含め全身状態のチェックを行います。しかし、結果が出るのは翌日になるだけではなく、アルブミン値などの栄養指標が変化するには 1~2 週間を要し、急な栄養

状態の悪化は血液データでは把握できません。

このような時、管理栄養士が行う聞き取り調査では、瞬時に摂取カロリー量、蛋白量、水分量を知ることができ、最も危険な脱水状態、あるいはカロリーや蛋白の不足が数値化して教えてもらえます。

その結果、維持輸液を直ちに開始したり、具体的な栄養改善策を提示し、本人と家族の賛同のもと、栄養療法を開始することができます。

在宅ではもちろん、医療機関や介護施設においても今後さらに重要性が増すものと考えます。

### **多職種が関わることの危険性**

元々の主治医が気管切開の管理や投薬など、中心的なケアを行い、私が褥創と栄養ケアを担当し、その他、訪問看護師やヘルパーのサポートもあり、それらをまとめるケアマネジャーも積極的であった場合、悲劇が起きました。

褥創ケアに関し、当初手間が省ける方法を提案し大変喜ばれました。栄養ケアに関しては、PEGが入っており、仙骨尾骨部の褥創の原因は、PEGの注入姿勢にあると判断したことから、経腸栄養剤の半固形化を提案してしまいました。これは増粘剤を溶かして適度な粘性を持たせ、注射器で力を入れて注入する必要があります。実は半固形化して注入することは、労力削減とはならず、時間と体力がいることから却って家族の負担になることがあります。この例ではそれにあたりました。

さらにポジショニングの提案をしましたが、われわれも慣れていなかったことから、この提案も却って家族の負担を増やすことになりました。

他に、主治医からは気管切開部の管理法が詳しく指導されました。訪問看護師もいろいろな介護のやり方について提案を行い、熱心なヘルパーも知っている知識を伝えたようでした。

それぞれの提案は一つ一つはそれほど多くはなくても、すべてを合わせるとかなりの提案量となり、それらすべてが介護者の負担を増やしました。やがて見るからに疲れていることが判り、ショートステイに2泊することで、介護者の体を休めることがケアマネから提案されました。

1泊目は本当によく眠りからだ楽になったようでしたが、発熱によりショートステイは1泊で中止となり、帰宅となりました。ケアが変わったために肺炎を発症し、また治りかけていた褥創は一気に悪化し始めました。

今まで手間をかけることで状態が良くなると信じてやってきたのに、全てが悪くなり一層手間がかかるようになりました。

介護者はついに気持ちが切れてしまい、介護を放棄し危険な状態となりました。緊急に入院となりましたが、状態は改善せず亡くなりました。

### **介護者の負担が増える提案は基本的にはいけない**

在宅で褥創寝たきりの方がいると、1日中ケアが必要となり、家族の中の一人は常勤の仕事は不可能となります。その結果収入は減るのですが、それでも医療費や介護費は著しく増大します。収入が減って支出が増えるのです。

医療者は自分の発想で良かれと思う提案をどんどんしがちです。しかし、多職種が関わる在宅の現場で、それぞれの医療者がそれぞれの立場でどんどん提案をすると、介護者への負担は大変なものになります。またそれぞれの提案に矛盾も生じることが多くなります。

在宅では、介護者負担の増える提案は極力しないことが大切でしょう。

またどのような提案も、あらかじめ関わる職種の間で提案について連絡をしておくことが必要です。これによってより有効で数少ない提案ですませ、かつ皆が情報を共有すること

で提案はより効果的になります。

このように多職種がかかわりながら褥創ケア・栄養改善を行うには、緊密な連絡が欠かせません。この情報共有を助けるツールとして、高岡市が前在宅療養者に配っている「介護連絡帳」の存在は大変便利です。

### まとめ

在宅で褥創ケアや栄養ケアを行うことは、病院での褥創ケアや栄養ケアでは想像できない問題があります。現行制度では診療所間での連携は難しく、また多職種が関わる褥創ケアでの多職種間の情報交換は、緊密に注意深く行う必要があります。

今後の制度改革に期待はするのですが、いろいろな連携ツールを開発するとともに、失敗体験や成功体験を共有することで、少しずつ身の回りから変わっていくことしかないと思います。