

鳥取赤十字病院

第17回

地域連携懇話会

「栄養管理」～安心して在宅療養をすすめるために～

高齢者は社会的な要因、精神・心理的要因、加齢、疾病などにより栄養障害のリスクが高くなります。栄養維持の基本は口から食べることで、摂食嚥下機能に問題が生じると、何等かの方法で栄養投与を行わなければ容易に栄養障害が生じます。栄養障害が進行するとサルコペニアやそれに伴うフレイル（虚弱）が出現することから「栄養管理」は日常生活を支える基本といっても過言ではないでしょう。今回は高齢者の栄養管理につき、摂食嚥下の観点を含めチーム医療の役割などにつき、皆さんと一緒に考えたいと思います。多くの皆さまのご参加をお待ちしております。

場 所:とりぎん文化会館 第1会議室

日 時:平成29年3月23日(木) 18:30～20:00

(開場は18:00～)

対象者:医療・福祉関係者

参加費:無料

「口から食べるためにできること」

鳥取赤十字病院 看護部 認定看護師

森下 智佳

「チームで取り組む栄養管理」

鳥取赤十字病院 栄養課 管理栄養士

田村 裕子

「高齢者の栄養管理」

鳥取赤十字病院 外科・医療社会事業部長

山代 豊

主 催 鳥取赤十字病院

後援団体 鳥取県東部医師会 鳥取県東部歯科医師会 鳥取県薬剤師会東部支部 鳥取県看護協会

鳥取県介護支援専門員連絡協議会東部支部 鳥取市 鳥取市社会福祉協議会

お問い合わせ先:鳥取赤十字病院 地域医療連携室 電話:0857-24-8111(代表)

日本赤十字社
Japanese Red Cross Society

鳥取赤十字病院

口から食べるためにできること

摂食・嚥下障害看護認定看護師 森下 智佳

口から食べることの意義として、楽しみや生活の質の向上、生活リズムの調整や脳の活性化などがある。しかし、何より栄養補給をするという大きな意義が食べることにはある。食べることは、嬉しい、美味しい、楽しいとプラスなイメージが思い描かれることが多いのに対して、悲しい、辛い、難しい等の思いを抱かれることもある。それは、口から食べることは簡単なことではないからである。食欲があること、全身状態が安定していること、呼吸が安定していること、目が覚めていること、食べ物を認識出来ること、口の機能が保たれていること、のどの機能が保たれていることなどが必要である。通常は無意識にしている嚥下運動もあらゆる原因で難しくなる。発達障害（先天的）脳血管障害、外傷性脳損傷、神経筋疾患（パーキンソン病、筋ジストロフィー、多発性硬化症）頭頸部腫瘍（舌、中下咽頭癌などの手術、放射線治療）心因性疾患（うつ病）加齢に伴う変化、廃用症候群などがあげられる。その中でも加齢に伴う変化として、嗅覚・味覚の低下、歯牙数の減少、咀嚼能力の低下、筋力の低下、食事姿勢保持に疲れる、認知機能低下などがある。食べられないことを助長させないために負のサイクルを止めることが必要である。例えば生活リズムをつける、起きる、座る、歩く、喋る、歌う、オーラ

ルケア、食べられないときの手助けに補液、補助食品、間食などを行うことも有効である。日々の気付きと少しずつのアプローチが食べるための身体を作る。食べられないときの助けとして、経管栄養法も挙げられる。それは食べるための胃瘻、補助的栄養経路の為の胃瘻や経口摂取不可のための胃瘻、急性期症状・治療対応の為の胃瘻という目的がある。最近では、胃瘻造設前には嚥下機能評価を実施している。嚥下評価する目的は胃瘻造設の可否判定だけでなく、全く口から食べられないのか、どうすれば食べられるか、何だったら食べられるか、訓練の方法は何か良いかなどを考える手段として活用される。当院でもNST、摂食嚥下チームが胃瘻造設予定の入院の方へ入院時から介入するシステムを作って運用している。入院当日に歯科口腔外科が口腔ケアを実施し摂食嚥下チームが嚥下評価を実施し翌日に胃瘻造設し造設翌日からNSTがラウンドし介入する。口から食べるためには、食べることができる栄養状態であることが必要である。食べられない原因を見つける必要があり、日々無理なく続けられる方法を取り入れることが鍵となる。また現在の栄養状態は適切か評価してみることも有効となる。日々の栄養管理が誤嚥を防ぐこととなる。

チームで取り組む栄養管理

管理栄養士 田村 裕子

栄養管理は日常生活を支える基本である。入院中から退院後まで継続して行われる必要があり、退院とともに途切れてしまっはいけない。そこで、当院で取り組んでいるチームによる栄養管理、在宅医療における高齢者の栄養管理について紹介する。

■チームによる栄養管理■

当院ではチーム医療の一つである栄養サポートチーム（Nutrition Support Team：以下NST）が活動している。NSTは多職種で患者の栄養をサポートし、栄養の改善や低栄養の予防、合併症の予防、在院日数の短縮等を目的に活動を行っているチームであり、病院から地域医療への橋渡しとしても重要な役割を担っている。

当院のNSTによる介入方法は以下の3つに分けられる。

1. 入院時栄養スクリーニングの結果、介入が必要であると判定された場合
2. 褥瘡を保有している場合
3. 胃瘻造設目的にて入院の場合

これらのNST介入患者に対して回診、カンファレンス、再評価を繰り返し実施している（図1）。

NSTからの提言内容は、主治医や患者、患者家族に報告している。退院時においても開業医や施設に向けて「栄養治療実施計画書兼報告書」（図2）を提供し、病院で行っている栄養管理を在宅でも継続できるよう当院での栄養管理の内容を伝達している。

高齢者の栄養管理

外科 山代 豊

高齢者は社会的・精神的・心理的要因や加齢、多種の疾病、多剤服用など各種要因により栄養障害の発生リスクが高い。また加齢に伴う生理的機能の衰えは個人差が大きく、適切な栄養スクリーニングやセサメントをした上で栄養プランを作成しなければならない。栄養スクリーニング法としては当院でも用いているSGA (Subjective Global Assessment: 主観的包括的栄養アセスメント) が一般的に知られているが、高齢者のADLなども勘案して作成されたMNA[®]-SF (Mini Nutritional Assessment Short Form) が近年ではよく用いられている。日本静脈経腸栄養学会のガイドラインにおいては高齢者の栄養療法の適応として3日間以上の絶食、7日間以上の不十分な栄養摂取、進行性の体重減少、血清アルブミン3.0 g/dl以下のいずれかに相当する場合とされているが、実はほとんどの高齢者入院患者はこの基準に該当すると言っても過言ではない。適切な栄養スクリーニングの後に用いられるアセスメント方法としては身体計測が基本であるが、そのほか血液データとしてアルブミンやプレアルブミンなどの各種タンパク、免疫パラメータとしてのリンパ球数の測定などが知られている。GNRI (Geriatric Nutritional Risk Index) などの数値で表示される指標も近年では用いられている。栄養管理のプランニングにおいて

は必要な熱量の設定のみならず、病態・生理機能に応じたタンパク量、脂質量、炭水化物量、微量元素量、水分量の設定を行い、その上で栄養投与ルートを選択、トラブルシューティングなど、行うべき検討は多岐にわたっている。これらを医師一人の知識・裁量・努力で行うのは負荷が多すぎることから、NST (Nutrition Support Team) の活用が必要となってくる。

近年、胃瘻造設に関しては否定的な意見もあるが、栄養投与の原則は『腸を使う』ことである。安易な絶食を選択せず口から食べることをサポートする意味でも、NSTのみならず摂食嚥下チームも同時に介入することが必要である。また高齢者の栄養障害に関しては近年サルコペニアやフレイルが注目されている。タンパク合成の為に適量のタンパク投与と同時にレジスタンス運動が必要であり、特にタンパク合成能の低下した高齢者ではこの傾向は顕著であることから、早期かつ適切なリハビリテーションが必要となってくる。社会復帰も見据えた高齢者の入院時の対応としては栄養・リハビリに加えて生活環境整備なども重要な要因である。社会的・精神的側面も踏まえた包括的なサポートを行う意味でも地域連携やサービスの提供も含めたチームでの対応が必要とされる。