

BEO NEWS

[ベックニュース]
●食を通じてQOLの向上に
貢献する栄養通信

BETTER QUALITY OF LIFE
THROUGH BETTER NUTRITION

2015

No. 24

編集・発行 ●株式会社 ジェフコーポレーション 〒105-0012 東京都港区芝大門1-16-3 芝大門116ビル3F <http://www.jeff.jp> (03) 3578-0303
提 供 ●株式会社 クリニコ 〒153-0063 東京都目黒区目黒4-4-22 <http://www.clinico.co.jp> (03) 3793-4101

●病態栄養 TOPICS
シトルリンとは—その機能と栄養学的意義—

●Trend
日本人の食事摂取基準(2015年版)にみる
高齢者の栄養管理の考え方



●臨床現場訪問
褥瘡患者における
アルギニン配合栄養補助飲料使用例

●連載 高齢者の栄養ケアのあれこれ その①
高齢者の食欲低下とうつ



日本人の食事摂取基準(2015年版)にみる高齢者の栄養管理の考え方

葛谷雅文 先生 くすや・まさふみ ●名古屋大学大学院医学系研究科地域在宅医療学・老年科学教授

昨年、日本人の食事摂取基準が改定され2015年版が発表された。2015年版は、特に高齢者の項において、今話題の概念であるサルコペニア(筋肉減弱症)、フレイルティ(虚弱)について紹介されていることが注目される。そこで、2015年版の作成に関した名古屋大学教授 葛谷雅文先生に、高齢者の栄養状態の特殊性や栄養管理の基本的な考え方等について伺った。

日本人の食事摂取基準(2015年版)の特徴

日本人の食事摂取基準(2015年版)の特徴としては、まず、5年前の基準では、その目的を「健康の維持・増進」と「生活習慣病の発症予防」としていましたが、今回はこれに「生活習慣病の重症化予防」が付け加えられました。これは、高齢化の進展や糖尿病などの生活習慣病の有病者数が増加したことが考慮されています。また、対象が健康な個人・集団だけでなく、高血圧や高血糖、腎機能低下や脂質異常など保健指導レベルにあるものも含まれました。そして、エネルギー摂取量の指標について、BMIで目標を示し、それを維持できる量を定める方針としたこと、食事摂取アセスメント、栄養の過不足の評価などが見直されたことなどが挙げられると思います。

また、高齢者の項について、2010年版の作成当時は高齢者の各種栄養素必要量の設定が大きな論点でしたが、今回の改定にあたって求められたことは、主に高齢者の特徴について言及することでした。その中で最も重要な点は、成人とは異なった高齢者独自の視点で栄養を考えていく必要があるということで、作業の過程で注目された病態がフレイル、サルコペニアです。それに認知症を加えて、システマティック・レビューを行いました。

フレイルとは

1980年頃から海外の文献でフレイルティ(frailty)、あるいはフレイルエルダリー(frail elderly)という用語が散見されるようになりました。フレイルティとは、老化に伴う種々の機能低下(予備能力の低下)を基盤とし、様々な健康障害に対する脆弱性が増加している状態、すなわち健康障害に陥りやすい状態を指します。日本人においては、ADLが低下して要介護認定を受けた高齢者と、自立している高齢者との中間にあたり、老化現象として見過ごされがちな身体的機能や筋肉量の低下をそのまま放置しておくとも要介護状態に陥りやすい方々が該当します。日本では、2006年に介護保険制度が改定され、介護に至らないようにするための予防が重視されるようになると、介護予防という言葉が使われ始めました。フレイルティは前述のように要介護状態に至る前段階として捉えることができ、この介護予防との関連性が高く、まさしく介護予防とフィットする概念といえます。

これまで日本では、フレイルティ、フレイルエルダリーにあたる高齢者は、一般的に虚弱高齢者という呼称が使われていましたが、「虚弱」だとネガティブすぎるという声がありました。日本老年医学会では、高齢化社会が進展する我が国にとってこの概念は非常に重要に

なっていくものと捉えており、一般の方々にも広く知ってもらおうと、2014年5月に、「フレイル」という名称でこの概念について声明を出しました。フレイルティだと発語が難しそうなので、一般にはフレイルという言葉を広めていこうということになったのです。

サルコペニアとフレイルの関連性

一方、サルコペニアの定義は、狭義では筋肉量減少のみ、広義では筋力低下や身体機能低下が含まれたものとされています。これに対してフレイルの定義は国際的に定まった基準はないのですが、今、最も使われているのは、2000年代になりFriedらが提唱したものです。表1に挙げた5項目のうち3項目が当てはまればフレイルとし、1~2項目が当てはまる場合はフレイルの前段階と定義づけをしました。

- | | |
|--------------|-----------------|
| ① 体重減少 | ② 主観的疲労感 |
| ③ 日常生活活動量の減少 | ④ 身体能力(歩行速度)の減弱 |
| ⑤ 筋力(握力)の低下 | |

上記の5項目中3項目以上該当すればフレイル、
1~2項目ならフレイルの前段階

↑表1 Friedらのフレイルの定義

この5項目のうち、サルコペニアと重なるのは、筋力と身体能力です。したがってサルコペニアがある人は、フレイルにも該当する人がかなり多いわけです。ただ、フレイルはサルコペニアに関連するような身体的な要素だけでなく、例えば精神・心理的な問題や社会的孤立といった環境、「認知症」の問題等も含めて考える必要がある大きな概念と捉えるべきものだと思います。

高齢者のたんぱく質の推定平均必要量は0.85(g/kg 体重/日)

日本人の食事摂取基準(2015年版)の「高齢者」の項では、こうしたフレイルやサルコペニアについて触れ、特にたんぱく質との関係を主に概説しました。フレイルとサルコペニアの予防のターゲット臓器とゴールは、骨格筋とその機能維持であり、骨格筋量、筋力、身体機能はたんぱく質摂取量に強い関連があるためです。実際に高齢者はたんぱく質を十分摂れていない状況があることから、あえて強調して記載されています。

日本人の食事摂取基準(2015年版)では高齢者(70歳以上)のたんぱく質の推定平均必要量は0.85(g/kg 体重/日)と成人の0.72(g/kg 体重/日)よりも高い値を基に算出されています。推奨量算定係数を成人と同様の1.25とすると、高齢者のたんぱく質推奨量は1.06(g/kg 体重/日)となります。高齢者では軽度の腎機能障害ステージの範疇にある対象者も多く、これまでは、そうした方々に

はたんぱく質の摂取は控える指導がなされていましたが、サルコペニア、フレイルの予防を考慮すると、推奨量程度のたんぱく質を摂取することの危険性は低いと考えられます。

それ以外の栄養素との関係についてはシステマティックレビューを行い、その結果を掲載しました。また、認知症に関しては、栄養と認知症発症または認知機能低下リスクに関してシステマティックレビューを試み、エッセンスを記載しました。

高齢者の栄養管理の課題

① 高齢者の区分

高齢者といえば、これまで日本人の場合、65歳以上というイメージが定着しているようです。食事摂取基準においては、現在、高齢者を70歳以上で区切り、70歳以上高齢者についての細かい区分は定められていません。70歳にしているのは、厚生労働省が毎年行っている国民健康・栄養調査の年齢区分にある程度沿っているからです。

しかし当然、今後は70歳以上の人口が増えていくことが明白ですから、高齢者をもう少し細かく層別化する必要があることが問題点として上がっています。確かに90歳以上の人口も少しずつ増え、しかも、元気な90歳以上の方も増えてきているのは事実ですから「超高齢者」という視点も必要になるかもしれません。

② 高齢者の過栄養の留意点

病気に関連する栄養状態としては過栄養と低栄養があります。過栄養は生活習慣病に直結し、糖尿病や、高血圧、メタボリックシンドロームなどにつながり、ひいては動脈硬化性疾患を誘発します。しかしながら、これらの過栄養は高齢者、とくに後期高齢者に対しても成人と同様に心血管疾患の発症や生命予後に著しい影響を与えるか否かは十分検討する必要があります。

高齢者では内臓脂肪が蓄積しやすく、メタボリックシンドロームの有病率が高いことが知られる一方で、高齢者のメタボリックシンドロームは心血管病発症や心血管死のリスクにはならない、との報告も数多く存在します。例えばノルウェーのコホート研究では、40~59歳、60~74歳、75~89歳に分けてメタボリックシンドローム(国際糖尿病学会基準)の有無別に生存率(心血管死ならびに全死亡)をみたところ、40~59歳ではメタボリックシンドロームの存在は心血管死および全死亡に強く関連していたが、60歳以降では明らかな差は認められなくなったと報告されています。

また、BMIに関して、BMI高値の全死亡さらには心血管死に関する影響は明らかに加齢とともに減少するとの報告もあります。日本人のコホート調査でも、BMI \geq 30kg/m²のような極端な肥満以外は高齢者の肥満による生命予後に与える影響はほとんどないことがわかっています。

このように成人で問題となった過栄養に関する健康障害、生命予後へのリスクは加齢とともに減弱してくるのが一般的であり、高齢者の栄養管理においては十分留意すべきでしょう。

③ 過栄養予防と低栄養予防の指導の矛盾

2015年版の総説では、日本人の生命予後で最も有利なBMIが年齢別に紹介され、それによると70歳以上では27.4kg/m²です。また、国内外の論文をもとに総死亡率が低いBMIの範囲などを検討した結果、年齢が高くなるほど栄養状態が悪い人の割合が増え、サルコペニア、フレイルの危険性が高まることが判明しました。そうしたデータも踏まえ、2015年版において目標とするBMIは70歳

年齢(歳)	目標とするBMI(kg/m ²)
18~49	18.5~24.9
50~69	20.0~24.9
70以上	21.5~24.9 ³

厚生労働省
日本人の食事摂取基準(2015年版)
の概要より

↑表2 2015年版において目標とするBMI^{1,2}

¹ 男女共通。あくまでも参考として使用するべきである。

² 観察疫学研究において報告された総死亡率が最も低かったBMIを基に、疾患別の発症率とBMIとの関連、死因とBMIとの関連、日本人のBMIの実態に配慮し、総合的に判断し目標とする範囲を設定。

³ 70歳以上では、総死亡率が最も低かったBMIと実態との乖離が見られるため、虚弱の予防及び生活習慣病の予防の両者に配慮する必要があることも踏まえ、当面目標とするBMIの範囲を21.5~24.9とした。

以上で「21.5~24.9」と設定されました(表2)。転倒予防や介護予防の観点もふまえ、50歳代以上はBMIの下限を上げています。

今回、BMIを重要視しているのは、栄養状態が健康に及ぼす影響が画一的なものではなく、年齢を考慮する必要があるためです。ただ、私が問題点としてあげたいのが、特定健診(メタボリックシンドローム健診(メタボ健診))の矛盾点です。メタボ健診の対象者は現在40歳から74歳までとなっており、そのBMIの目標値は25未満です。しかし実際に生命予後との関連を見ると、高齢者の適当なBMIはもう少し高値なのが現実です。一方、介護予防事業は65歳以上が対象です。市町村は要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者全てに基本チェックリストを配布しています。25項目からなるチェック項目の中に低栄養予防に関する項目があります。例えば、「6ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか」とBMIを問う設問です。

このように、65歳から74歳の高齢者はメタボ健診と介護予防事業両者の対象となっています。例えば、ある高齢者が、メタボ健診で保健師に「あなたはBMI 26です、もう少し痩せなきゃ駄目ですよ」と指導されたので半年で4kgほどダイエットしたとします。すると介護予防事業のチェックでは、逆に「あなた、痩せてきています。痩せ予防が必要です」といった指導の矛盾が起きる場合もあるでしょう。実際に市民、さらには医療者からも「過栄養予防」と「低栄養予防」ではいったいどちらが重要か、とよく質問されます。この点をしっかりと市民に指導する保健師、管理栄養士などに明確にする必要が大きいと思います。

その一つの対策としては、年齢の層別化を見直すことではないかと思っています。メタボ健診は64歳まで、高齢者になるまでというかたちで区切り、介護予防事業に関しては、65歳以上を対象にしてもよいですが、爆発的に増えるのは後期高齢者ですから、75歳以上の高齢者に重点的に行って、65歳から75歳までの10年間は生活習慣病予防の必要がある場合や、逆に低栄養予防を必要とする場合など様々ですから個別対応を行っていくといった方法です。

今後高齢者人口の増加にともない、データも集積されていくでしょうから、細かい層別化も実現していくと思います。

最後に

今後の超高齢社会を考えたときに今回ご紹介したフレイルの概念は非常に重要になると思います。特に、低栄養(体重減少)はフレイルの重要な要因であることは間違いありません。今後このフレイル・介護予防の概念が普及し、さらには予防法が市町村に広がるのが日本の超高齢社会を乗り切る大きな医療政策上の重要視点であると思います。低栄養の改善はその予防対策の一つとして、ますます重要になっていくと思います。

褥瘡患者における アルギニン配合栄養補助飲料使用例

褥瘡患者の栄養管理においては、十分なエネルギー補給とともにたんぱく質やビタミン、アルギニン等の創傷治癒過程に必要な栄養素の適切な摂取も重要とされている。今回は、褥瘡患者の栄養管理においてアルギニン配合栄養補助飲料(エンジョイArgina/クリニコ社)を使用することで、創傷治癒を得られた症例を2施設からご報告いただいた。

Case 1 医療法人新光会生田病院

看護主任 白川真美先生

栄養科主任 須佐亜貴子先生

褥瘡対策管理委員会で適切なケアを目指す

当院は、神奈川県川崎市生田の地に開院以来、約50年にわたり精神医療の分野で地域医療に取り組んでいます。褥瘡治療に関しては、院内に褥瘡対策管理委員会(以下委員会)があり、褥瘡のある入院患者さんについては、毎月1回必ず褥瘡の写真を撮影し

て画像を持ち寄り、事例検討会を行っています。必要があれば回診を行って、さらに詳細な検討を加えます。

基本的に入院中の患者さんは、加齢とともに、食事摂取量が低下することにより栄養状態やADLが低下し、それが褥瘡の発生へと繋がっていくものと考えられます。したがって委員会では、例えばオムツを利用するようになった患者さん、ADLや自立度の低下が顕著で褥瘡のリスク状態にある患者さんを常に注意深くピックアップして、褥瘡予防のための診療計画書を作成するようにしています。委員会には医師、看護師をはじめ、栄養士、薬剤師、事務職等多様な職種が参加し、治療だけではなく栄養の補給方法、薬剤の適切な選択や使用方法をはじめ、患者さんに関わるあらゆる問題に対応するようにしています。

褥瘡の栄養管理で注目しているアルギニン

本症例は、通常の管理を続けても左肘部位にある皮膚潰瘍の改善がみられないとの報告が委員会にあり、回診を行いました。患者さんはかなり痩せた状態だったこともあり、褥瘡とみなして栄養の面でも積極的に介入・処置していくことになりました。栄養面の検討では、十分な栄養量を確保することに努め、その上で創傷治癒に必要とされているアルギニンの投与を検討していたところ、アルギニン配合栄養補助飲料(以下エンジョイArgina)を知りました。1日3回の軟菜食(1600kcal/日)に加えて毎食1本エンジョイArgina(200kcal)を飲用していただき、1日の総投与エネルギー量は2200kcalとしました。患者さんは毎回、全量摂取されていました。

創部は最大2.0×2.0cmでポケットがありました。エンジョイArgina飲用開始後創部は順調に治癒が進み、約3ヵ月後には消失



↑褥瘡対策管理委員会の検討会

症例

- 52歳男性
- 既往 全身火傷にて皮膚移植術施行
- 褥瘡発生部位
左肘部に皮膚潰瘍(褥瘡治療にて対処)
- エンジョイArgina飲用期間 約3ヵ月

しました。その間の栄養状態も血清総たんぱく(TP)6.2~6.9g/dL、血清アルブミン(Alb)3.4~3.7g/dLの範囲で維持することができました(写真1、2)。

完治後は、褥瘡防止の一助となるとの期待からエンジョイArginaを1日1本飲んでもらうようにして現在まで管理を続けています。

アルギニン配合 栄養補助飲料の評価

本症例においては、委員会の介入により、常に適切な創部治療が行えたことに加え、アルギニン配合栄養補助飲料を利用した栄養管理が奏功したと考えています。特に今回使用したエンジョイArginaには、アルギニンに加え、シトルリン、コラーゲンペプチドが配合されています。アルギニンとシトルリンを組み合わせることは、アルギニン単独摂取よりも効率的との報告があると聞いていますので、これはあくまでも印象ですが、コラーゲンペプチドも含め配合されている成分が創傷治癒の助けになったのではないかと捉えています。

また、エンジョイArginaはグレープミックスとピーチの2種類があり、ジュース感覚で飲みやすく、この患者さんも常に全量摂取していただいたことも大きいと思います。

前述のようにこの患者さんは、創部完治後は当病棟から他の病棟へ移りましたが、現在もエンジョイArginaを1日1本飲用していただいています。飲用前は、肘の他に仙骨部分の褥瘡も再発を繰り返していましたが、飲用後は今のところ褥瘡の再発はありません。

様々なバリエーションがあれば

本症例の結果を受け、他の褥瘡患者さんにおいてもアルギニンが必要と考えられる症例には積極的な投与を検討するようにしています。その際、例えば、嚥下障害があって液体が飲みにくい患者さんには、アルギニン等を含んだゼリータイプの栄養補助食品を使うなど患者さんの状態にあわせて適切な食品を選択するようにしています。

エンジョイArginaは、味もおいしく、飲みやすいのですが、むせのある方のためにゼリータイプ等のバリエーションがあるとよいと思います。また、味の種類もさらに増やしていただければ、多くの患者さんが飽きずに飲み続けられるのではないかと思います。



↑写真1 エンジョイArgina飲用開始時
左肘部分 1.5×1.5cm
治療: コメガーゼにインジシユガーを含ませながらポケットに詰め込む。
ガーゼ、カプレステープで保護



↑写真2 エンジョイArgina飲用約3ヵ月後

Interview

褥瘡患者におけるアルギニン配合栄養補助飲料使用例

Case 2 医療法人山紀会山本第一病院

看護師 鈴木和美先生
看護部長 高橋晶子先生
師長 中村伸子先生
栄養科長 前田丈志先生
理学療法士 麻生川明乃先生



↑褥瘡委員会の皆さん

症例

- 93歳女性
- 基礎疾患 糖尿病 高血圧
心不全 慢性腎炎
- 褥瘡発生部位 仙骨部
- エンジョイArgina投与期間 約3ヵ月

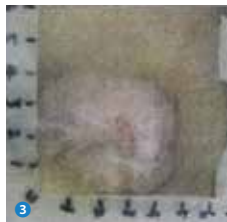
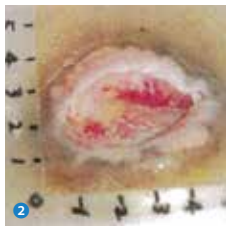
本症例は、93歳女性で、既往歴に糖尿病と高血圧、心不全、慢性腎炎があります。ヘモグロビンA1cは6.5で血糖降下薬を服用中です。褥瘡委員会による処置と栄養管理にて6ヵ月ほどで完治した症例でその経緯を以下に紹介します。

症例の治療と経過

某年4月1日●仙骨部に1.0×2.5cmの褥瘡を認めました。当初は、食事摂取量が徐々に低下したことによる摂取カロリー低下が主原因とみられたため、食事を汎用流動食に変更しました。ただ、糖尿病があるために1日600kcal(たんぱく質24g)の投与を続けていました。

4月23日●褥瘡が5.0×4.0cmに悪化したことから、2kcal/mLの高濃度汎用液体流動食で1日1200kcal(たんぱく質48g)に増量しています。その際は創部壊死もあり、それまで壊死組織除去剤(プロメライン)、抗炎症剤(アズノール)で処置を行っていましたが、それに加え、壊死部のデブリードメントならびに、エアマットを使用して仙骨部の創部が床面に当たらないよう管理しました。

5月9日●デブリードメント、および白糖・ポピオンヨード配合軟膏(ネグミンシュガー)の塗布を1日2回に増やしましたが、改善せず、仙骨部右側に創部があったので、右側臥位禁止にして様子を見ました。流動食投与を1200kcalに増量してからしばらくは体重が2kg増えましたが、体調がかなり悪く、微熱が続いたため抗生剤を投与したところ、下痢が続き、体重は1ヵ月に38kgから36kgと逆に2kg減ってしまいました。その間、褥瘡の大きさにも改善は見られませんでした。



1写真1 7月11日
エンジョイArgina
投与開始時 4.0×4.0cm
DESIGN-R 27点
ネグミンシュガーと
メロリンパッドで1日2回処置

2写真2 7月29日
3.5×3.5cm
DESIGN-R 19点
炎症兆候改善、肉芽形成も
良好となる

3写真3 9月30日
2.0×2.0cm
DESIGN-R 13点
ポケット消失

4写真4 10月10日
1.5×1.5cm
DESIGN-R 9点
縮小傾向、浸出液も
少量となる

6月17日●半固形状流動食に切り替え 褥瘡の栄養管理の講習会に参加する機会があり、半固形状流動食なら注入は30分ほどで済み、流動食投与中、長時間同一体位を続けることが避けられるとの情報を得て、受講後、早速半固形状流動食の投与に切り替えました。1日のエネルギー投与量は900kcal、たんぱく質は45gでした。

以前の液体流動食を使用していたときに比べて、約30分同一体位継続時間が短縮されました。あわせて創部の湿潤環境を保つことができるパッドも導入して管理しました。

7月11日●エンジョイArgina投与開始 講習会やメーカーからの説明でかねてより褥瘡の治癒過程に必要な栄養素であるアルギニンの有用性に注目していたので、栄養科からの提言もあり、エンジョイArginaを1日1本(200kcal・たんぱく質5g)プラスし、エネルギー1100kcal/日、たんぱく質50g/日の投与を開始しました(写真1)。

7月29日●創部は3.5×3.5cmに縮小し、炎症と感染兆候も改善され、肉芽形成も良好になり、1ヵ月後にはポケットも縮小していきました(写真2)。

8月26日●創部は3.0×3.0cmとなり、ポケットも縮小しました。DESIGN-Rの点数は、最高で27点だったのが13点まで下がりました。

9月30日●創部は2.0×2.0cmまで縮小し、ポケットも消失しました。この頃から右側臥位禁止を解除して通常の体位に戻しました(写真3)。

10月10日●創部は1.5×1.5cm、浸出液も少量となり、DESIGN-Rは9点でした(写真4)。

12月には0.5×1.0cmとさらに縮小させることができました。治療中の栄養状態も、TPが5.37g/dLから6.44g/dL、Albは2.99g/dLから3.06g/dLと上昇し、改善傾向にありました。

体重も一時期36.6kgまで減少しましたが、10月には37.8kgと増加傾向に転じています。

今回の症例では、

1. 半固形状流動食の使用により長時間の同一体位を防げた
2. エンジョイArginaを使用することにより、TP、Alb値の改善がみられ褥瘡の改善に繋がった
3. エアマットの使用、体位交換、背抜きの実施により創部圧迫が回避できた

ことがポイントと考えられました。

質の高いケアを提供するには

当院では褥瘡委員会が活動しており、DESIGN-Rの点数がかなり高い重症褥瘡患者さんについては多職種が共同で回診して検討し、対策を講じるよう決めています。本症例は初めてその回診の対象となり、多職種との連携が強化されたケアが実施できたことは大きな経験となりました。特に、栄養投与については管理栄養士から、ポジショニングや体位交換については理学療法士から適切な情報を得て管理できたことは大きな進歩と捉えています。観察、処置だけでなく、栄養管理、ポジショニングの徹底などが褥瘡発生防止、改善には重要であり、質の高いケアを提供するためには、多職種との連携を図ることが必要不可欠であるとあらためて痛感しています。



Column 連載コラム

高齢者の栄養ケアのあれこれ その①

高齢者の食欲低下とうつ

吉田貞夫 先生 よしだ・さだお ● 沖縄メディカル病院あがりはまクリニック院長・金城大学客員教授

今回から数回にわたって、これまで自分が高齢者の栄養ケアを行ってきたなかで、心に浮かんだことをゆる〜く書かせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

第1回は、高齢者の食欲低下に関してです。栄養サポートチーム(NST)に参加していると、食欲が低下した症例のマネジメントは必須です。「どうしてこの患者さんは食事を食べてくれないのか…?」そんなことばかり考えてしまいますよね。

いきなり話が逸れますが…、実は、自分、食べるのが大好き。沖縄では、そういう人を『ガチマヤー』といいます。NSTをやっている人に、美味しいものを食べることに興味がなくてという人は少ないかもしれませんね。自分もまさにそのタイプです。もし万が一、自分が「食欲がない…」なんていったら、周囲はとてビックリして、いったい何事が起こったのかと心配してしまうと思います。そんなくらいなので、食欲がない患者さんを見ると、人一倍たいへんなことに感じてしまうかもしれません…。患者さんの食欲のことを考えつつ、自分の食欲とか、「業(ごう)」の深さなんかと向き合ってしまう毎日。でも、それが「生きる力」ということでもあるんだろうな、なんて思ったりもします。

原因がわからぬまま食欲低下が続き…

さて、本題です。高齢の患者さんが食事を摂れないとき、さまざまな原因を考えますよね。便秘していないか、胃炎や胃潰瘍などはないか、糖尿病で高血糖になっていないか、肝機能障害はないか、腎機能が悪化していないか、心不全を発症していないか、悪性腫瘍などはないか…。しかし、最終的に行き当たるのは、認知症やうつであることも少なくありません。

自分が、認知症による摂食障害の怖さ、根深さを思い知らされたのは、かれこれ13年ほど前です。自分の外来に通院してくれていた90歳代の女性の患者さんが、ある日、肺炎を発症して入院されました。幸い、抗菌薬が奏効して、症状は改善しましたが、その後、ほとんど食事を食べてくれないのです。何かほかに疾患があるのでは?と問い、上記のような可能性をシラミ潰しに検査しましたが、これといった異常は認められません。結局、その後2~3週間、食事摂取量が改善せず、その患者さんは胃瘻を造設することになりました。造設自体はうまくいったのですが、経腸栄養を開始すると、胃食道逆流により肺炎を発症してしまいました。当時は半固形状の栄養剤はまだありませんでしたし、ベクチンの投与も試してみましたが、あまり効果がありませんでした。外来に通院してくれていたときには、あんなにニコニコ笑ってくれていた患者さんが、食事が摂れず、悪くなっていくのをどうにもできない…。今となってみれば、日常の診療でしばしば体験する「よくある話」なのかもしれませんが、地域医療に携わり始めたばかりの自分としては、とても心が痛む記憶となりました。

なぜ食べてもらえないのだろう

その後、沖縄に移住することとなり、NSTに本格的に取り組むと、認知症による摂食障害で悩む患者さん、ご家族、医療・介護スタッフなどがとても多いということに身に染みて感じました。当時、NST

で検討すべきと考えていた、栄養素をどうする、成分をどうする、どの製剤を使う、どのルートを使うということよりも、むしろ、どうしたら食べてもらえるのか…、その問題の方がより深刻で、その解決策を医療・介護スタッフが切望しているということを知り、自分のNSTというものに対する考え方が一瞬揺らぐくらいの衝撃を受けたのです。このときの経験がもとになって、昨年、『認知症の人の食事支援 最短トラブルシューティング』(医歯薬出版)という本を企画・編集させていただくことになったわけです。

認知症で食事を食べてくれない高齢者の方々と接してみると、さまざまな原因で食事が食べられないんだということがわかりました。味覚障害のために食事が美味しく感じられない、食事を食事と認識できない、食事に毒を入れられているという妄想、虫がたかっている幻覚、便秘…。なかでも、今でもどうにも困ってしまうのは、食事を2~3口ばかり食べて、「もうたくさんです。」と笑顔で断られる方です。よくよく理由を聞いてみますが、しつこく聞けば聞くほど、笑顔でかわされてしまうばかり…。もしかしたら、環境が自宅とは違うので、まるで、近所の集まりか何かに出かけてきているように思って、遠慮しているのかな…。食事ではなく、お茶菓子を出されて断るようなつもりでいるのかな…などと想像してみますが、依然として謎のままです。

いかに最短で適切なケアに辿り着くか

認知症の高齢者の摂食障害で悩みを抱えているのは、高齢者の多い慢性期の病院や施設だけではないと思います。むしろ、高齢者のケアを担当している施設は、認知症のケアのノウハウがあるかもしれません。一方、急性期病院の若手の看護師さんたちは、疾患や術後などのケアは勉強していても、認知症の高齢者のケアには慣れていなくて、思うように食事を食べてもらえず、困り果てているのかもしれません。また、回復期リハビリテーション病棟では、骨格筋の減少(サルコペニア)を防ぐために、エネルギー、たんぱく質をしっかり摂取してもらいたいところですが、食事を食べてくれない認知症の高齢者も多く、アウトカムを改善できないことも珍しくありません。

思うように食べてもらえないという経験が続くと、認知症の高齢者は食事を食べなくても仕方がない…とみなすようになってしまっはたいへんなことです。また、適切なケアに辿り着くまでに、何週間もの時間がかかってしまうようでは、栄養状態を維持することができなくなってしまいます。上記の書籍を出版する際、自分は、こうした現場で、最短コースで適切なケアに辿り着けるガイドブックとなることを目指して編集を進めました。今後も、現場でどのようなことが問題となっているのかをリサーチし、現場のニーズに合うトラブルシューティングとなるよう、磨き上げていきたいと思っています。

今回は、高齢者のうつの話題について触れてみたいと思います。お楽しみに。



↑ 認知症の人の食事支援 最短トラブルシューティング 吉田貞夫 編