

高齢者の体重減少 —リハビリテーション栄養 ケアプロセスで考える



若林秀隆 (東京女子医科大学病院リハビリテーション科教授)

本コンテンツはハイブリッド版です。PDFだけでなくスマホ等でも読みやすいHTML版も併せてご利用いただけます。

▶ HTML版のご利用に当たっては、PDFデータダウンロード後に弊社よりメールにてお知らせするシリアルナンバーが必要です。

▶ シリアルナンバー付きのメールはご購入から3営業日以内にお送り致します。

▶ 弊社サイトでの無料会員登録後、シリアルナンバーを入力することでHTML版をご利用いただけます。登録手続きの詳細は <https://www.jmedj.co.jp/page/resistration01/> をご参照ください。

▶ 登録手続

Introduction	p2	8 サルコペニアの診断	p15
はじめに	p4	9 栄養素の摂取不足の診断	p17
1 体重減少の診断と発見	p4	10 リハビリテーション栄養ゴール設定	p17
2 体重減少の医療面接	p5	11 1日エネルギー必要量の計算方法	p19
3 体重減少の身体診察	p6	12 リハビリテーション栄養モニタリング	p20
4 体重減少のメカニズム	p8	13 症例提示	p21
5 体重減少の診断推論	p8	おわりに	p27
6 リハビリテーション栄養	p11		
7 低栄養の診断	p13		

▶ HTML版を読む

日本医事新報社では、Webオリジナルコンテンツを制作・販売しています。

▶ Webコンテンツ一覧

Introduction

1 体重減少の診断と発見

- ・ 体重減少と診断する目安は、6～12カ月で5%以上の体重減少もしくは6カ月で2kg以上の体重減少である。
- ・ 体重減少を、本人や家族が訴える場合でも医療者が発見する場合でも、実際に体重を測定して確認する。

2 体重減少の医療面接と身体診察

- ・ まず、体重減少の分析としてOPQRSTを確認する。
- ・ 意図的な体重減少かどうか、問題のある体重減少かどうかを確認する。
- ・ 体重以外に、下腿周囲長、上腕周囲長、上腕三頭筋皮下脂肪厚を評価する。

3 体重減少の診断推論

- ・ 高齢者の食欲低下や体重減少の原因究明には、MEALS ON WHEELSが使用されている。
- ・ 高齢者の体重減少でよくある原因は、悪性腫瘍、消化器疾患、抑うつ状態、薬剤性、摂食嚥下障害である。

4 リハビリテーション栄養

- ・ 高齢者の体重減少への対応には、“リハビリテーション栄養”の考え方が有用である。リハビリテーション栄養とは、生活機能やQOLを最大限高める、「リハビリテーションからみた栄養管理」や「栄養からみたリハビリテーション」である。

5 リハビリテーション栄養診断

- ・ 栄養障害(低栄養)、サルコペニア、栄養素摂取の過不足の有無と原因

追及を行う。

- ・低栄養はGLIM基準，サルコペニアはAWGS 2019，栄養素の摂取不足は「日本人の食事摂取基準」などで診断する。

6 リハビリテーション栄養ゴール設定

- ・リハビリテーションと栄養のゴール設定は，SMARTに行く。
- ・①改善すべき低栄養か？ ②改善できる低栄養か？ という2つのキークエスチョンがともにYesの場合に，栄養改善をめざしたゴールを設定する。

7 1日エネルギー必要量の計算方法

- ・1日エネルギー必要量 = 1日エネルギー消費量 + 1日エネルギー蓄積量
- ・エネルギー蓄積量を加味して体重増加をめざした栄養療法を“攻めの栄養療法”と呼ぶ。

8 リハビリテーション栄養モニタリング

- ・栄養とリハビリテーションのゴールが達成されたかをモニタリングする。
- ・攻めの栄養療法では，エネルギー摂取過多によって，高血糖，脂質異常症，脂肪肝，腎障害，電解質異常を認めることがある。そのため，血液検査で該当項目をモニタリングする。

はじめに

高齢者は体重減少を認めやすい。加齢によって味覚、嗅覚が低下する。視力低下で、食事が美味しく見えなくなることがある。食欲増進作用があるグレリンの分泌が低下する。身体活動量が減少して、空腹感を得にくくなる。口腔や咀嚼の問題で、食事をしづらくなることがある。これらの加齢による変化で、体重減少を認める場合には、少量で高エネルギー、高蛋白質の食事にしたり、経口補助食品を使用したり、身体活動量を増やしたり、歯科で義歯調整を行ったりして対応する。

しかし、加齢以外の原因で体重減少を認めることも多いため、体重減少の原因を安易に“歳のせい”としてはいけない。体重減少の原因を診断推論した上で、原因に見合った対応を行うことが重要である。本稿では、リハビリテーション栄養ケアプロセスで考える、高齢者の体重減少について解説する。

1 体重減少の診断と発見

体重減少と診断する目安は、6～12カ月で5%以上の体重減少もしくは6カ月で2kg以上の体重減少である。ただし、BMI (body mass index) 20未満やサルコペニアを認める場合、2%以上の体重減少でがん悪液質と診断する基準が存在する。そのため、るい痩やサルコペニアを認める場合には、5%未満でも体重減少と診断してよい。体重減少と診断した時点で、評価、診断推論、ゴール設定、介入が必要である。

体重減少は、本人や家族が訴える場合と医療者が発見する場合がある。いずれの場合でも、実際に体重を測定して体重減少が本当に存在するのかどうかを確認する。本人や家族が体重減少したと言っても、実際には体重減少していないことも少なくない。一方で、本人や家族が体重は変化していないと言っても、実際には体重減少していることも少なく

ないので、医療者による発見も重要である。医療者が発見した場合、体重減少している可能性は高いが、体重減少の程度を把握するために体重を測定すべきである。

2 体重減少の医療面接

体重減少と診断したら、体重減少の分析として医療面接でOPQRSTを確認する(表1)。多くの項目は、体重減少の内容を評価する内容である。部位については、腹囲が減ったのであれば体脂肪、大腿が痩せたのであれば筋肉、下腿が痩せたのであれば筋肉か浮腫軽減、上腕が痩せたのであれば体脂肪と筋肉の減少が疑われる。随伴症状の有無と内容は、体重減少の原因を診断推論する際に重要である。食欲低下の有無と程度は、必ず確認する。

表1 体重減少の分析(OPQRST)

Onset : 発症機転	いつから体重減少が始まったか?
Palliative & Provoke : 寛解・増悪	体重減少が続いているか/改善したか?
Quality & Quantity : 性状・強さ	どれくらいの体重減少か?
Region : 部位	どの場所が痩せたのか?
Symptoms : 随伴症状	他にどんな症状があるのか? 食欲低下, 吐気・嘔吐, 摂食嚥下障害, 便秘, 下痢, 味覚障害, 嗅覚障害, 全身倦怠感, 呼吸困難, 痛み, 発熱, 抑うつ, 不安, 筋力低下, ADL低下はあるか?
Time course : 時系列	体重減少した後の経過はどうか?

OPQRST以外に、意図的な体重減少かどうか、問題のある体重減少かどうかを確認する。意図と問題の有無で、体重減少を4つに分類できる(図1)。意図的で問題ない体重減少の例は、過栄養(体脂肪の過剰蓄積)や肥満の人が、エネルギー摂取制限や身体活動増加を意図的にを行い、体脂肪が減少した場合である。意図的でなくて問題ない体重減少の例は、脱水ではない下肢浮腫の減少である。意図的で問題ある体重減少の

例は、神経性食思不振症で痩せの人が、エネルギー摂取制限や身体活動増加を意図的に行い、体脂肪と骨格筋が減少した場合である。意図的でなくて問題ある体重減少の例は、骨格筋の減少である。問題ない体重減少であれば経過観察でよいが、問題ある体重減少であれば精査加療が必要である。

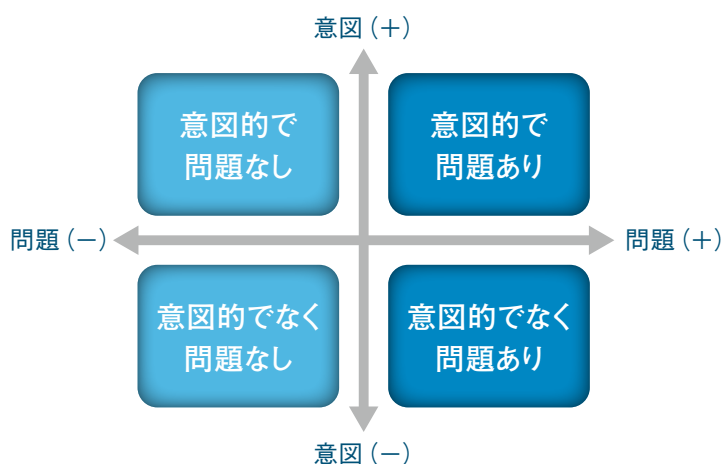


図1 体重減少の意図と問題

体重変化は主に骨格筋、体脂肪、水分で生じる。これらのうち、骨格筋の減少はすべて問題となる。体脂肪と水分の減少は、過剰から正常範囲への変化であれば問題ないことが多いが、正常範囲から痩せ、脱水への変化であれば問題である。

3 体重減少の身体診察

医療面接の次に、身体診察を行う。随伴症状を認める場合には、それに関連した診察が重要である。栄養面では、身体計測として下腿周囲長 (calf circumference : CC, 図2), 上腕周囲長 (arm circumference : AC, 図3), 上腕三頭筋皮下脂肪厚 (triceps skinfold thickness : TSF, 図4) を評価する。CCは骨格筋量の目安であり、男性34cm未満、女性33cm未満であれば、低骨格筋量と判断できる。TSFは体脂肪量の目安であり、標準的には男性1.0cm、女性1.5cm前後である。上腕筋囲