



第84回 在宅チーム医療栄養管理研究会 議事録

■日時：平成29年11月23日(日) 13:00~14:30

■場所：東京家政学院大学 千代田三丁目キャンパス 3階 1302教室

■参加人数：一般23名(今回より3階に場所が変更)

合計23名

総合司会：三瓶 直美

内容

1. 13:00~13:05 増田副代表挨拶

2. 13:05~14:35 ワークショップ

司会進行 三島中央病院 鈴木先生

◆テーマ

『在宅訪問栄養食事指導の現場から

～知識はあるけど上手くいかないこと、悩んでいることはありませんか?～』

多職種協働で、会場の皆さんと一緒にディスカッション!問題解決の一步前進に!!

<事例提供>

【事例1】羽村三慶病院 管理栄養士 三瓶 直美氏

●身体状況

89歳 女性 要支援2 長男夫婦と暮している

主病名 慢性腎不全・慢性心不全・高血圧症・高尿酸血症 嗜好 塩辛い物、甘い物が好き

●食事パターン

昼食・・・カップ麺+焼き豚 冷凍スパゲッティ 冷凍チャーハン

夕食・・・ご飯 おでん(5~6種) ひれかつ サラダ類 果物

●食事療法について

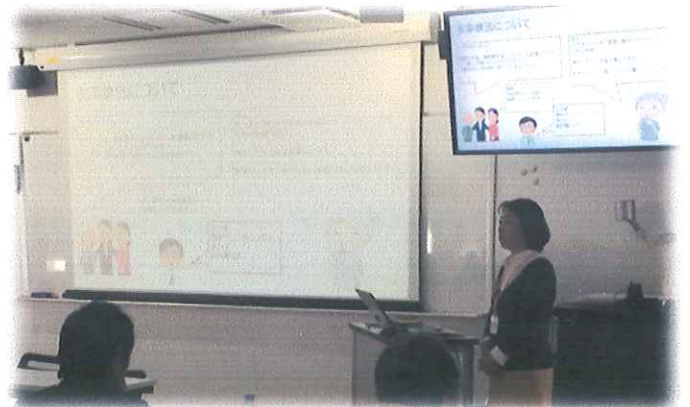
本人・・・もうすぐ90歳で食事の制限はされたくない。好きなものを食べたい。

●どのように介入していけばよいと思いますか?

<フロアからの意見>

- ・この方のクレアチニン1.4と高くない推移はどうか
- ・6%体重が減っているが食欲はあるか
- ・方法としては、2つの考え方があるのでは。①積極的に関わっていくのか、②90歳だからいいのでは。
- ・90歳過ぎても意欲のある人がいる。90歳だから良いとは思わない。
- ・バランスを考え持てる力を考えてあげる。
- ・食べた時のバランスが悪い、蛋白質と野菜をとる、コンビニ弁当もバランスを考える。
- ・共感したり、ほめたりする。
- ・口の機能が低下、誤嚥性肺炎の防止が必要である。
- ・90歳だからなんでも食べていい、無知である。
- ・ほっとする関係を作ることが食事調査につながる。

などフロアからたくさんの意見がありました。



【事例2】甲斐歯科医院 院長 山川 治氏

- 胃瘻にて退院、退院時カンファレンスでも主治医から経口摂取が無理なので胃瘻管理と言われた。患者さん本人も先生が口からは食べられないというので仕方がないと言われる。でもどう見ても口腔機能状態は良さそうに見えるが、経口摂取には消極的、今は入れ歯はいらない。来なくてよいです。とされている。

さてあなたのチームならどのようにプランニングしますか？」

<フロアからの意見>

- ・病院からの情報のままの場合が多い。もう一度総カロリーを出す。
 - ・足りないカロリーは経腸栄養剤を増やす、経口摂取をできたら取り入れる。
 - ・VF、VE で経口摂取可能と判断された途端、家族の希望は高くなる。
 - ・胃瘻や点滴だと栄養が充分と思われていることが多い。定期的な栄養量の見直しは必要。
 - ・本人の最終的な目標は何なのか、意思確認をする必要もある。
- こちらの事例でも現場の貴重な意見が飛び交い盛り上がりました。



3. 14:35~15:05 業者商品展示コーナー (天柳、ヘルシーネットワーク)・休憩
4. 15:05~16:50

◆特別講演

講師 : 東京大学高齢社会総合研究所機構 教授 飯島勝矢氏

演題 : ~地域サポート体制を基盤とした

早期からのフレイル予防の取り組みについて~

内容

3年前に「フレイル」という言葉を記者会見で発表。 虚弱 (Fr a i l t y) ⇒フレイル

①中間の時期 (⇒健康と要介護度の間)

②可逆的 (⇒様々の機能を戻せる)

③多面的 (⇒色々な側面)

気付きは早く、プレ・フレイルのうちに気づけば健康を戻せる。

課題解決実証実験としてフレイル予防の町づくり・・・西東京市

柏市、杉並、江戸川区、国立、文京区に広がっている。

元気シルバーがフレイルサポーターになるように戦略的に男性をターゲットにしている。

フレイル予防を通した健康長寿のまちづくり



①大規模高齢者コホート研究 (柏スタディ)②地域でのフレイル予防活動 (フレイルチェック)

サルコペニア (筋肉減弱症) の診断基準・・・①低筋肉量 (四肢の筋肉量) ②低筋力 (握力) ③低身体能力 (通常の歩行速度)

廃用 (不活発) は思っている以上に筋肉を弱らせる。2週間寝たきりの生活で7年分の筋力を失う。

新概念「オーラルフレイル」における口腔機能の負の連鎖、噛めない→柔らかいものを食べる→かむ機能が低下⇒口腔機能の低下になる。

サルコペニアの簡易指標：「指輪っか」テスト

足のふくらはぎの部分の親指と一指し指で輪を作る。

(サルコペニアの危険度が低い) 囲めない→ちょうど囲める→隙間ができる (危険度が高くなる)

総死亡リスク・・囲めない (1.0倍) ちょうど囲める (0.8倍) 隙間ができる (3.2倍)

「孤独」は肥満より健康に悪い。「社会的孤立」29%、「孤独感」26%。「一人暮らし」32%・・高齢者の死亡リスクを高める。

同居者がいるのに「孤食」の高齢者は高リスク、1人暮らしかどうかより、孤食かどうか重要である。

運動習慣あっても文化活動、地域活動をしていない人より、運動習慣がないが、文化活動やボランティア・地域活動をしている人の方がフレイルのリスクが低い。

健康長寿の3つの柱・・・

①栄養 (食・口腔機能)

②社会参加 (趣味・ボランティア・就労)

③運動 (身体活動・運動など) ソーシャルキャピタルからみた地域の差

地域活動への参加が多いとフレイルの人が少ない。地域活動への参加が少ないとフレイルが多い。

より早期から国民自身は「気づきと自分事化」をそして、元気シニアに「活躍の場・役割」を。

「気づき～自分化」住民同士で簡単チェックできエビデンスに裏付けられた簡易評価法 (フレイルチェック) と早期介入ポイント

「活躍の場～役割」元気高齢者が担い手 (フレイル予防サポーター) 側になり、住民主体の活動で通い場の楽しい場へ。

5. 16:55～17:00 終了の挨拶(次回85回研究会の案内) 山川先生

6. 17:30～ 懇親会



以上

報告：第84回研究会担当 三瓶・山川・尾崎・大井