

「リハビリ効果を高める栄養ケア

～サルコペニア・フレイル予防の食事と運動～

講師 (株)クリニコ クリニカルマーケティング部
マネージャー 吉村 俊一郎氏

栄養障害の現状

回復期リハビリテーション病棟の入院患者の約65%に何らかの栄養障害がある。また、デイケア利用者の約70%、デイサービス利用者の約60%に何らかの栄養障害の可能性がある。

リハビリテーション栄養のポイント

栄養とリハそれぞれの視点から、あるべき姿、目指すべき姿を明確にして、より具体的(期間・数値目標など)で、達成可能なゴール設定をする(例えば、1か月で体重を2kg増やし、自立でトイレに行けるようにするなど)。そして、その期間が過ぎたら、リハは足りているのか、栄養素は足りているのか、足りていないければ何が必要なのかをアセスメントする。栄養面ではまずはエネルギーをしっかりと確保して、次にたんぱく質を増やしていく。リハの強度が上がれば、栄養面の強化も必要になる。

・アセスメント

入院時には必ず栄養アセスメント(アセスメントツールや身体計測・血液検査など)を行い、低栄養の可能性のある患者を見落とさないことが重要。

在宅においてはMNA[®]-SF(簡易栄養状態評価表)などでスクリーニングし、体重をモニタリングする方法が簡便である。

・サルコペニア

サルコペニアは筋肉量だけではなく、筋力や身体機能が低下した状態のことを指す。

エネルギーやたんぱく質などの摂取不足、身体活動量の減少や、疾患も原因になるが、一番大きな原因は加齢によるものである。

サルコペニアは病名で、診療ガイドラインにも出ている。そのガイドラインでは、サルコペニアを有する人へのレジスタンストレーニングを含む包括的運動介入と栄養療法による複合介入は、運動だけ栄養だけの単独介入に比べ、サルコペニアの改善により有効であることから推奨されている。

2019年10月24日にAWGS(Asian Working Group for Sarcopenia)が新しいサルコペニア診断基準を発表した。これによると、一般の診療所や地域でも簡便に診断できるようになっている。2017年版ガイドラインでは、評価項目の一つである握力が男性では26kg以下だが、AWGS2019では28kg以下となった。

サルコペニアでは加齢とともに筋肉内に脂肪が浸潤していくが、運動だけでなく栄養面を強化することで、筋肉の質が良くなっていくことがわかっている。

・エネルギー

リハに必要なエネルギー量は、リハによるエネルギー消費量や、栄養改善のための

エネルギー蓄積量を考慮する必要がある。

全エネルギー消費量(TEE)はハリスベネディクト式より推計することができる。
 $TEE(kcal) = BEE(kcal) \times \text{活動係数} \times \text{ストレス係数}$

これで1週間ほど様子を見て、体重の増減を確認し過不足を判断する。

・たんぱく質

運動後の筋たんぱく合成反応のピークは高齢者、若年者ともに運動後1~2時間程度のところにある。運動直後のたんぱく質摂取が筋肉量増加に有用ではあるが、高齢者の食後の血中BCAA及び必須アミノ酸濃度のピークは、若年者に比べ2時間ほど遅く食後3時間程度のところにある。高齢者は運動直後にたんぱく質を摂ってもアミノ酸濃度のピークとずれが出てくるので、午前中にリハをするなら朝食で、午後にリハをするなら、昼食でしっかりとたんぱく質を摂る必要がある。

BCAAは必須アミノ酸の40%を占める。また、BCAAの中でもロイシンは、たんぱく質合成に関与するシグナル(mTOR)を活性化してたんぱく質合成を刺激する。高齢者ではたんぱく質に対する反応性(筋たんぱくの合成作用)が低下しているため、リハを実施する高齢者では、運動直後にBCAAを多く含むロイシンリッチなたんぱく質を摂取することは有用と考えられる。

・ビタミンD

カルシウム代謝、骨代謝に密接に関わっているビタミンDは近年、骨以外の骨格筋などの組織にも何らかの本質的な役割を果たしている可能性が示唆されている。

・栄養摂取

いつもの食事に手軽に摂れるたんぱく質をプラスして、たんぱく質量を増やすようにしていく。おやつもたんぱく質豊富なおやつを選ぶようにする。

・エクササイズ

自宅で簡単にできるエクササイズの紹介があった。こけると危ないので椅子に座ってするエクササイズがおすすめ。

(文責 地活 巽和枝)

