

低栄養とリハビリテーション

理学療法士学科夜間部

【はじめに】

回復期のリハビリテーション（以下リハビリ）を行う高齢者には、低栄養とサルコペニアが好発し、リハビリの転帰に悪影響を与えることが報告されている。つまり、回復期のリハビリを行う高齢者にはリハビリ単独の介入ではなく、リハビリ栄養管理を行うことが必須であると考えられる。リハビリ栄養とは、栄養状態も含めて国際生活機能分類（ICF）で評価を行った上で、障がい者や高齢者の機能、活動、参加を最大限発揮できるように栄養管理を行うことである。

そこで本研究では、低栄養に関する先行文献を用いて、低栄養とリハビリテーションの関連性についてまとめたので報告する。

【栄養の必要性】

リハビリを行っている高齢患者には低栄養が多く、廃用症候群でリハビリを行っている高齢患者の 88%、（回復期リハビリテーション病棟協会栄養委員会の調査より）、回復期入院患者の 37.7%に低栄養が認められ、ADL の向上が得られにくいことが報告されている。

【低栄養の原因】

成人における低栄養の原因は、栄養不良、侵襲、悪液質である。栄養不良では、筋肉や脂肪を分解して活動に必要なエネルギーを得ようとするため、体重や筋肉量は減少し低栄養となる。侵襲では、創傷治癒などのためにエネルギー消費量が増加する。悪液質では、慢性的な炎症によって低栄養が生じ、筋肉の減少を認めることが特徴である。

【リハビリの目標設定】

リハビリの目標設定は主に 2 つあり、機能改善を目標とするには、栄養状態が良好であり、適切な栄養管理ができていない場合である。機能維持を目標とするには、栄養状態が不良、又は不適切な栄養管理が行われている場合である。

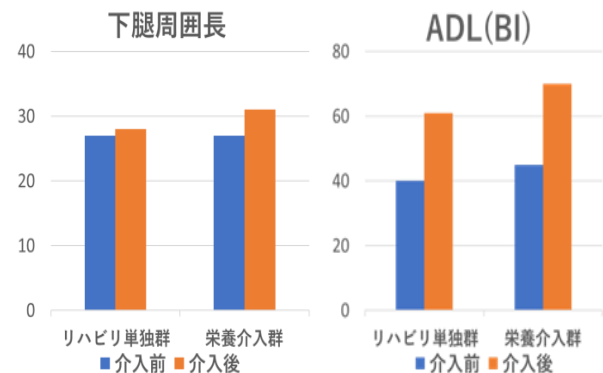
【栄養状態の評価方法】

栄養スクリーニングでは、MNA-SF、MST などがあり、簡便に行うことが出来る。生化学検査より血液データから栄養値を確認し、身体機能評価などから栄養状態の評価を行うとよいとされている。

【リハビリ栄養を高める栄養療法とその効果】

リハビリ栄養を高める栄養療法には、栄養摂取のタイミングと BCAA（分岐鎖アミノ酸）が重要な要素である。

以下に回復期リハビリテーション病棟においてリハビリを実施している高齢者でサルコペニアを有する患者を対象とし、リハビリと高 BCAA 含有の栄養補助食品の併用が、骨格筋量および栄養指標、ADL に及ぼす影響について検討した結果を記載する（図 1、図 2）。



上記結果から、リハビリ単独群と比較し、栄養介入群では骨格筋量と ADL に有意な改善が認められた。

【まとめ】

理学療法士は定期的に栄養状態の評価を実施し、リハビリでの消費エネルギーを計算し、摂取エネルギーと全エネルギー消費量とのバランスを見ていく必要がある。

リハビリでの消費エネルギーを医師や管理栄養士に伝えることで、食事の増減や栄養剤を使用することに繋がり、チームとして連携することは重要であると考えられる。

また、理学療法士は NST 専門療法士という資格を取得することで、低栄養の患者様に携わる際により正しく栄養管理に関わることが出来るようになる。

【文献】

- 1) 吉村芳弘：回復期のリハビリテーション栄養管理. 日本静脈経腸栄養学会雑誌. 31(4), 2016, 959-966.
- 2) 高橋浩平・若林秀隆：加齢に伴う栄養の問題とその対応. 理学療法. 33(6), 2016, 491-500.