

株式会社HプラスBライフサイエンス 情報誌

当情報誌は、臨床現場でご活躍いただいている先生方の生の声をお届けする事により、他の先生方との情報交換の場として、食品のより有用で効果的な活用ができるようになる事を目的としています。

第19号

[目次]

■クローン病患者におけるシンバイオティクス摂取の有効性に関する検討

…岡山県 中国学園大学大学院 現代生活学研究科人間栄養学専攻 緒方蓮、教授 川上祐子

■オリゴ糖による便性状の改善を試みて ～下剤に頼らない排便コントロールを目指して～

…神奈川県 医療法人五星会 新横浜リハビリテーション病院
看護師 川口屋徹、高橋みどり、鈴木彩馨、医師 藤田修三、太田徹、刀川優一、久代裕史

■高齢者の便秘改善への試み ～オリゴ糖シロップの効果～

…宮城県 社会医療法人将道会 介護老人保健施設サニーホーム
看護師 小笠原博美、小向多美代、管理栄養士 戸田友里

■精神科NSTによる高齢者低栄養患者へのソフト食を中心とした栄養介入の成果

…大阪府 医療法人杏和会 阪南病院 小倉佳代、西田幸代、井上徹也
梅花女子大学 井戸由美子

■クローン病患者におけるシンバイオティクス 摂取の有効性に関する検討

…中国学園大学大学院 現代生活学研究科
人間栄養学専攻 緒方蓮、教授 川上祐子

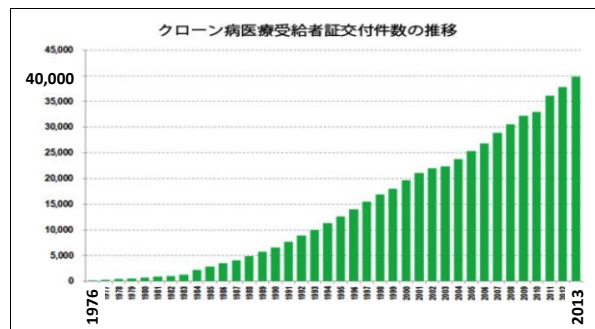


「緒言」

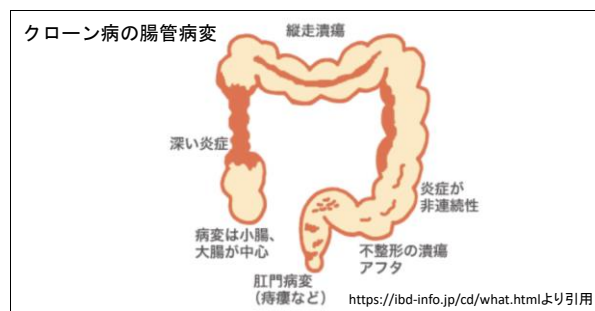
クローン病は炎症性腸疾患と呼ばれる原因不明の疾患で、口から肛門までの消化管全域に炎症が起り、腹痛や下痢、血便、体重減少などを生じます。最近では、抗 TNF- α 製剤で治療される事が多くなり、めざましい成果を挙げています。しかし、抗 TNF- α 製剤の効果減弱に関する報告もあり、二次無効を生じる場合もあります。そのため、食事療法、栄養療法の必要性が見直されています。

クローン病の難病として認定された際に交付される医療受給者証の交付件数は、1976 年ごろは

128 名でしたが、2013 年では 39,799 名と、年々 1,000 名ずつ増加しています。



クローン病では口から肛門までの消化管全域に病変が発現するとされていますが、主には大腸や小腸に炎症が多く見られます。下図は大腸を示していますが、粘膜層のみでなく筋層までの深い潰瘍が特徴です。



下図はクローン病の基本的な食事療法です。最近では水溶性食物繊維の摂取が、腸内環境を是正することを目的とし、勧められています。

クローン病の食事療法

●脂質

一日の摂取量は30gまでとされ飽和脂肪酸やn-6系脂肪酸を控え、n-3系多価不飽和脂肪酸を積極的に摂取することが推奨されている。

●たんぱく質

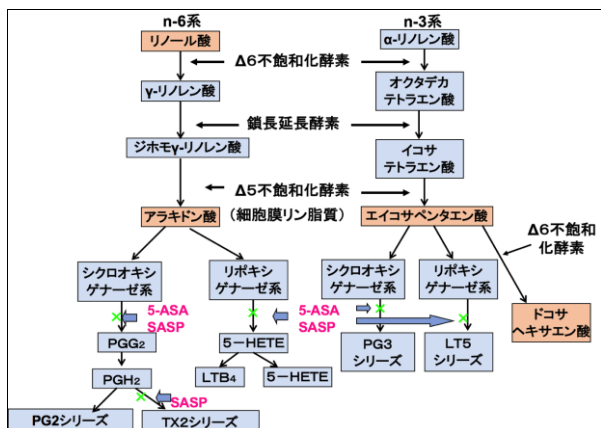
一日の摂取量は1~1.2g/体重1kg (IBW)とされ、たんぱく源として豚肉や牛肉を控え、鶏肉、魚類、大豆、卵からの摂取が推奨されている。

●食物繊維

従来は食物繊維の摂取は控えることが推奨されていたが、最近では水溶性食物繊維による腸内環境の是正を目的とし、摂取が勧められている。

クローン病の発症メカニズムは、腸管から侵入した細菌やウイルス、食事抗原によって活性化した樹状細胞や、リンパ球から指令を受けたCD4T細胞より、TNF-αや各種インターロイキンがまず産生されます。TNF-αはIL-6やIFN-γなどを誘導し、炎症細胞湿潤を引き起こすと考えられています。また好中球はマクロファージが分泌したIL-8によって活性化し、活性酸素を放出することで上皮を傷害します。

下図はn-6系・n-3系脂肪酸の代謝とサラゾピリン、ペンタサなど、クローン病の薬剤成分である5-ASA・SASPの作用部位を示しています。n-6系脂肪酸のリノール酸からアラキドン酸に代謝された後、リポキシゲナーゼ系で産生されるLTB4はTNF-αの産生亢進、シクロオキシゲナーゼ系で産生されるPG2シリーズはIL-1やIL-6の産生亢進、TX2シリーズも炎症反応に関与しますが、5-ASA・SASPはアラキドン酸からこれらの炎症誘発性生理活性物質が産生されるのを抑制します。



また近年、上記のn-6系脂肪酸のリノール酸が炎症誘発性生理活性物質への代謝を、乳酸菌によって水酸化脂肪酸へ代謝する事が報告されています。水酸化脂肪酸は腸管上皮のバリア機能を修復するため、乳酸菌とオリゴ糖によるシンバイオティクスによる介入を行い、病状の変化について、また各

種食品による体調の変化について検討する事としました。

「目的」

クローン病の食事療法は、いまだ確立されていないが、水溶性食物繊維は腸内環境を整える抗炎症作用や腸のエネルギー源となる酪酸を産生することが知られている。クローン病では食事の比率が高くなると再燃の比率が高くなると言われている。シンバイオティクスによる介入を行い、病状の変化について検討する。

同時に食品による体調の変化、食事摂取状況を把握する。

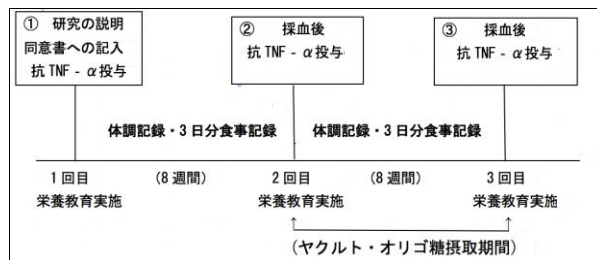
「対象」

クローン病患者25名 (男性16名 女性9名)
平均年齢 38.1±9.9歳

- ・倉敷市A医療機関 (10名)
- ・岡山市A医療機関 (4名)
- ・岡山市B医療機関 (11名)

抗TNF-α製剤(インフリキシマブ 商品名:レミケード)を5mg/kgで8週間隔維持投与継続中。

「スケジュール」



「血液検査」

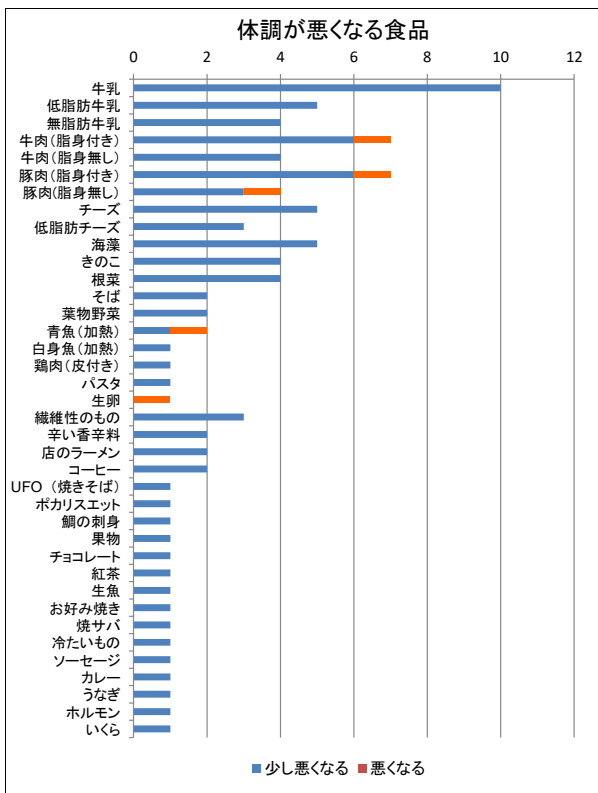
- i) TNF-α測定
TNF-α測定キット (R&D SYSTEMS社 a bio techno brand Quantikine ELISA Human TNF-α) を利用し、血漿中のTNF-α値を測定した。
- ii) CRP、ALB、TP、WBC、RBC、Hb、顆粒球、リンパ球、単球については各医療機関で測定したデータを記録した。
- iii) ガスクロマトグラフィーを用いて好中球リン脂質脂肪酸組成を測定した。

「IOBD」(International Organization for the study of Inflammatory Bowel Disease)

- ・クローン病の活動度の評価法の一つである。
- ・客観的に評価でき簡便に外来患者にも応用できる。
- ・一項目1点で2点以上で活動期とする。

IOIBD score	
1	腹痛
2	1日6回以上の下痢あるいは粘血便
3	肛門部病変
4	瘻孔
5	その他の合併症
6	腹部腫瘍
7	体重減少
8	38℃以上の発熱
9	腹部圧痛
10	10g/100mL以下のヘモグロビン値

「結果」



	介入前 (n=25)	介入後 (n=25)	健常者 (n=14)
エネルギー (kcal/kgBW)	27.2±4.9	28.7±5.8	29.6±8.7
たんぱく質 (g/kgBW)	1.0±0.2	1.1±0.2	1.0±0.3
脂質 (g/kgBW)	0.6±0.3 *	0.6±0.3 *	0.9±0.5
脂質エネルギー比率	19.5±8.2 **	19.5±7.2 **	26.7±7.0
炭水化物 (g/kgBW)	4.3±0.9	4.5±1.0	4.1±1.0
レチノール (μg)	277±335	270±135	487±1155
ビタミンC (mg)	61±50	47±20 *	93±65
ビタミンE (mg)	6.2±2.5	5.9±2.8 *	8.3±3.6
カルシウム (mg)	354±175	366±186	403±159
鉄 (mg)	5.9±1.7 *	6.2±1.7	7.6±2.4
マグネシウム (mg)	200±65	207±63	225±66
亜鉛 (mg)	7.1±1.5	8.0±2.9	7.2±2.8
銅 (mg)	0.9±0.2	1.0±0.3	1.0±0.3
水溶性食物繊維 (g)	1.8±0.9 *	1.6±0.7 **	3.3±1.3
不溶性食物繊維 (g)	6.1±3.0 *	5.9±2.4 **	8.9±3.3
コレステロール (mg)	240±142	263±120	242±154
飽和脂肪酸 (g)	0.66±5.52	11.30±5.94	14.13±7.24
一価不飽和脂肪酸 (g)	3.11±6.49	13.98±6.95 *	8.91±10.71
多価不飽和脂肪酸 (g)	7.92±3.81	7.52±3.30	11.26±5.31
リノール酸 (mg)	269±2978	6001±2682 *	9020±4544
アラキドン酸 (mg)	117±62	123±46	100±57
α-リノレン酸 (mg)	799±459 *	742±399 **	1497±850
エイコサペンタエン酸 (mg)	172±173	148±156	229±328
Docosahexaenoic acid (mg)	322±271	275±255	410±507
n-6系脂肪酸合計 (g)	6.49±3.09	6.25±2.82 *	9.16±4.6
n-3系脂肪酸合計 (g)	1.41±0.87	1.27±1.79 *	2.28±1.62
n-6/n-3比	5.2±2.5	5.6±2.4	4.8±1.7
P/S比	0.8±0.4	0.8±0.3	0.9±0.4

Mean±SD **P<0.01

小括 食品アンケート 栄養素摂取量

- ・体調が悪くなる食品では、牛乳やチーズなどの乳製品で多くみられ、低脂肪チーズや無脂肪牛乳においても体調の悪化を訴える対象者がいる。また、体調が悪くなる食品は個人差があるため、栄養指導時に、該当食品を詳しく聞き取り、食品の選択に留意することが必要である。
- ・栄養素摂取量では、脂質量、脂質エネルギー比、水溶性・不溶性食物繊維が健常人と比較して、有意に少なく、食事療法を行なっているためと考えられる。また、こうした不足しがちな栄養素を補うため、成分栄養剤（エレンタール）やオリゴ糖の摂取は有用である。

血漿TNF-α (n=24)	基準値0.75~1.66pg/ml	
	介入前	介入後
No. 1	64.93	23.29
No. 2	49.36	43.36
No. 3	113.79	99.86
No. 5	42.79	40.57
No. 7	26.71	24.86
No. 9	33.00	30.71
No.10	33.57	31.86
No.11	32.71	32.43
No.15	30.36	28.71
No.17	26.86	24.50
No.21	66.14	53.86
No.22	39.57	36.14
No.23	49.86	49.71
No.24	37.00	32.57
No.25	30.14	29.43
No.26	44.86	39.14
No.27	38.14	35.43
No.28	46.00	38.43
No.29	41.43	37.00
No.30	42.43	36.14
No.31	40.57	33.14
No. 6	21.71	31.71
No. 8	42.00	44.93
No.18	46.07	48.21

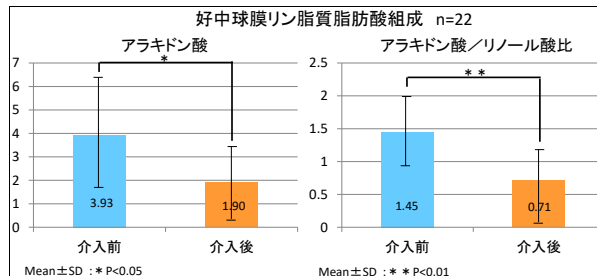
Mean±SD 43.42±18.36 38.35±15.26 *
*P<0.05

n=25	介入前	介入後
IOIBD	0.3±0.6	0.2±0.5
プリストルスケール	4.8±4.7	4.8±4.0
体温	36.4±0.2	36.4±0.3
腹痛	0.8±1.9	0.4±1.3
下痢	0.3±1.1	0.2±1.0
肛門部病変	0.4±1.5	0.4±1.5
合併症	0.3±1.1	0.2±1.0

Mean±SD

n=19	介入前	介入後
CRP(C反応性たんぱく) (mg/dl)	0.36±0.78	0.34±0.81
Alb(アルブミン) (g/dl)	4.1±0.4	4.0±0.4 *
TP(総たんぱく) (g/dl)	7.3±0.5	7.4±0.8
WBC(白血球) (10 ⁴ /μl)	5833±2247	6346±1921
RBC(赤血球) (10 ⁴ /μl)	418±110	430±111
Hb(ヘモグロビン) (g/dl)	13.5±2.0	13.7±2.0
リンパ球	26.4±8.1	25.4±5.9
顆粒球	63.8±10.5	65.6±7.3
単球	6.8±2.1	6.7±2.4

Mean±SD *P<0.05



「まとめ」

血漿 TNF-α 値が介入後に有意に低下したことから、シンバイオティクスによって抗 TNF-α 製剤の二次無効の発症を抑制する可能性が考えられました。好中球リン脂質脂肪酸組成では、介入後にアラキドン酸およびアラキドン酸/リノール酸比が有意に

低下しており、乳酸菌の作用により、リノール酸から水酸化脂肪酸などへ代謝され、炎症誘発性の生理活性物質の生成量が減少した可能性が推測されました。腸内の乳酸菌を増やすことは、リノール酸からアラキドン酸カスケードへの流れを抑制する可能性があり、さらなる研究が望まれます。

**■オリゴ糖による便性状の改善を試みて
～下剤に頼らない排便コントロールを目指して～
新横浜リハビリテーション病院
看護師 川口屋徹、高橋みどり、鈴木彩馨、
医師 藤田修三、太田徹、刀川優一、久代裕史**



「はじめに」

高齢者は、脳血管障害による麻痺や運動器の障害により排泄場所までの移動や排泄動作に影響する機能障害を有していることが多い。また、排泄行動に必要な認知機能に障害を有していることも多い。また、脳血管障害の患者は、食事内容や内服薬が要因となり、便秘になりやすいと言われており、排便コントロールは再発予防の観点からも重要である。便秘に対する治療は、多くを薬物療法に頼り、内服の副作用により便秘や血圧低下などのリスクを抱え、退院に向け下剤の微調整を繰り返す患者や、摘便等の看護介入を必要とする患者もいた。下剤は、即効性に優れた安価な反面、少なからず依存性があること、基礎疾患によっては使用できないことがあり、患者教育を行う上で様々なアプローチの必要性があった。その中で、病棟専従管理栄養士から少量で効果が期待でき（表1）、食品の中で比較的安価な乳果オリゴ糖を使用し排便コントロールが出来ないかと提案を受け、排便コントロールができないか検証した。

表1 各種オリゴ糖の比較

オリゴ糖名	効果が期待できる最少必要量 (g/日)	下痢をしない最大摂取量 (g/kg)	エネルギー (kcal/g)
乳果オリゴ糖	2	0.6	2
イソマルトオリゴ糖	10	1.2	4
フラクトオリゴ糖	3	0.3	2
ガラクトオリゴ糖	2	0.4	2
ラクチュロース	3	0.26	2

「研究目的」

乳果オリゴ糖を摂取し、排便コントロールが出来るか検証する。

「研究方法」

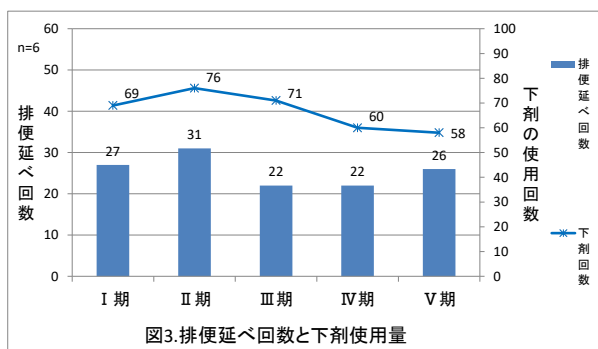
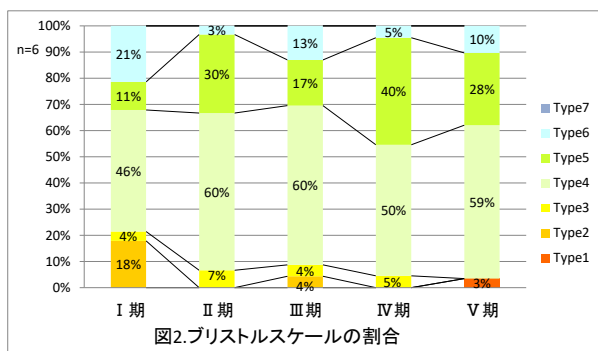
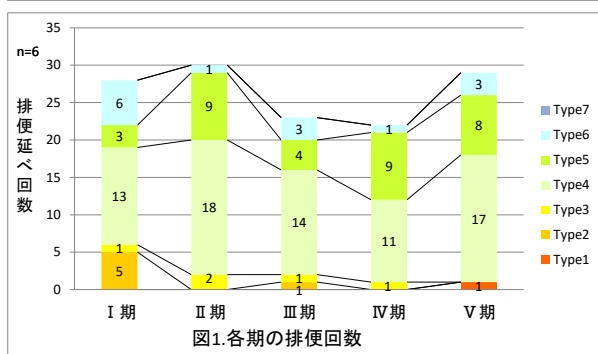
- 1 研究対象：A病院B病棟に入院中の排便障害のある患者。
- 2 研究期間：平成29年2月1日～3月7日
観察期間：摂取開始7日前をI期、
摂取開始から7日目をII期
摂取開始8日目～14日目をIII期
摂取開始15日目～21日目をIV期
摂取開始22日目～28日目をV期と設定した。
- 3 研究方法：
1)看護師および介護福祉士により対象者を選定。主治医かつ患者または家族に同意を得られた対象者に実施。
2)1日1回朝食時または朝食後、オリゴワン1包7gを3包/回から摂取開始。プリストルスケール3～5を維持できるように下剤量を調整する。
3)III期まで摂取し変化が見られない場合は、ヨーグルトに混ぜて摂取し、再度2週間(V期まで)観察する。
4)III期までの摂取で効果が見られた場合、薬剤の減量を図り、効果の持続を観察する。
- 4 評価方法：
プリストルスケールでの性状や排便回数を確認する。
- 5 用語の定義
排便障害：プリストルスケール1・2・6・7の排便、または下剤を使用し排便している状態

「倫理的配慮」

A病院の倫理委員会の承認を得た。研究対象者へは、研究の目的、方法、期待される結果と対象者にとっての研究協力に関する利益および不利益、匿名性を維持した上で学会発表する予定である旨を口頭で説明した上、書面により同意を得た。その際、研究協力への同意が強制されることなく、自由に判断できるものとした。

「結果」

- 1 研究対象者
 - ・脳血管疾患のある患者6名（経管栄養から経口摂取への移行期1名・経口摂取5名、男性5名・女性1名、平均年齢75.5±14.5歳）だった。
 - ・乳果オリゴ糖をそのまま摂取できなかった対象者がおり、その患者はII期からヨーグルトに混ぜて摂取した
- 1) 排便回数を延べ回数で集計（図1）
 - (1) I期：プリストルスケール2・6を合わせて約4割が何らかの排便障害を有していた。
 - (2) II期：摂取開始して約7日以内にプリストルスケール2が見られなくなり、プリストルスケール6は5回から1回に減少した。また、プリストルスケール4は13回から18回に増加した。
 - (3) III期：排便回数が31回から22回に減少するも、プリストルスケール4は約60%を維持していた（図2）
 - (4) IV期：プリストルスケール5が4回から9回に増加するも、便秘および下痢の悪化は見られなかった。
 - (5) V期：I期と比較し、排便回数27回から28回とほぼ変化が見られなかったが、プリストルスケール3～5の割合が61%から87%に改善した。
- 2) 下剤の内服状況を延べ回数で集計した（図3）。
 - (1) I期
8名の患者に対し、延べ89回の下剤を使用していた。
 - (2) II期
下剤使用回数は69回から76回に増加した。乳果オリゴ糖を服用し始めた時期と緩下剤処方時期が重なったための増加であった。
 - (3) III期
下剤使用回数は76回から71回にやや減少した。
 - (4) IV期
下剤使用回数は71回から60回に減少した。
 - (5) V期
I期と比較し、下剤使用回数は、89回から58回へ減少した。



「考察」

1. 排便コントロール

排便障害を改善する方法として、腸内細菌叢のバランスを整えることが重要である。そのため、乳酸菌食品等を用いて腸内に有益菌を取り入れる必要がある。その、取り入れた有益菌を腸内で育てる餌として重要なのが、今回使用したオリゴ糖に代表される難消化性糖質類と言われている。本研究の6名の対象者に対しての乳果オリゴ糖の使用は、排便回数は維持しつつも、便性状の改善および下剤の使用頻度を減らす結果となった。また、乳果オリゴ糖の単独投与よりも乳酸菌(ヨーグルト)に混ぜて摂取することで、シンバイオティクス効果により改善の兆候が見られた。しかし、今回の調査では、対象者が少ないことと摂取期間が短かったため乳果オリゴ糖の使用が必ずしも便性状の改善に有効とは言い切れない。ただ、排便障害に対しての治療が薬物療法に大きく頼っている現状から食事療法の選択肢を増やすことは患者自身の有益にもつながると考える。

2 諸費用

薬剤は、医療保険により自己負担が1~3割となる。乳果オリゴ糖は食品であり医療保険は適用されず、購入に手間もかかり割高感がある。患者の経済負担を考慮すると医療従事者からは強く勧められない。しかし、入院前から薬物療法に頼らない方法での排便コントロールを模索していた対象者のひとは、研究終了後も自費で継続することになり、満足度は比較的高かった。このことから、選択権は患者自身にあるため、選択肢としての提示は今後も必要と考える。

「結論」

1. 排便延べ回数はI期と比較し27回から26回とほぼ変化が見られなかったが、ブリストルスケール3~5の割合が61%から87%に改善した。
2. 下剤使用延べ回数はI期と比較し69回から58回へ減少した。
3. 排便障害の治療に対して、薬物療法と食事療法の選択肢を増やすことは患者自身の有益にもつながる。

高齢者の便秘改善への試み
 ~オリゴ糖シロップの効果~
 …介護老人保健施設サニーホーム
 看護師 小笠原博美、小向多美代
 管理栄養士 戸田友里



I、はじめに

高齢者は便秘の方が多い。便秘になる原因はさまざまな理由が考えられる。A施設では下剤を内服しても便秘になることが多く、ルーチンとして、自然排便が2~3日みられない時に下剤を使用し、4日以上排便がみられない場合、坐薬、浣腸を使用し排便コントロールをおこなっている。しかし、連日のように下剤や坐薬、浣腸に依存している結果、慢性の便秘や下剤投与により、トイレに間に合わず便失禁してしまうことも多い。頻回の坐薬挿入や摘便は利用者にとって苦痛や不快感を与えてしまう。

A施設の長期利用者、79名(男性26名・女性53名)を調査したところ、下剤や、坐薬・浣腸で排便コントロールをしている人が74名、全く使用していな

い人が5名であった。高齢者が下剤に頼らず、自然排便があることはまれである。少しでも、便秘を改善し、下剤の使用頻度を減らし、自然排便が出来ないものか取り組んでみたいと考えた。

そこで栄養士に相談したところ、乳酸菌を増やし腸内環境改善に有効であるオリゴ糖を用いてはどうかと意見をもらい、効果を試してみることになった。

II、研究目的

オリゴ糖で、排便状況や下剤使用状況がどのように変化するのか観察し、その効果を検証する。

III、研究方法

- 1、対象:本研究に同意が得られた利用者 8 名(本人・家族の了承及び医師の許可を得た)
- 2、調査期間:平成 29 年 2 月～4 月
- 3、調査方法
 - 1) スタッフ対象にオリゴ糖とは何かの勉強会を開催した。
 - 2) 対象者に対して、オリゴ糖の有効性について紙芝居を用いて説明した。



- 3) 一か月間オリゴ糖を 1 日 1 包夕食前に摂取してもらう。
- 4) オリゴ糖の摂取前後の排便の回数・量を介護士に依頼し記載してもらう。
- 5) 下剤・坐薬の使用頻度を看護師に依頼し記載してもらう。
- 6) 個人に応じた下剤調整の実施。(医師の指示)
- 7) 医師の指示による、定期薬、臨時薬はそのまま内服とする。

(ただし、便性状により、緩下剤の調整は看護師判断にて中止にする)

- 8) 栄養士からのアドバイスによりヨーグルトからヤクルトへの提供変更を行う。

4、分析方法

オリゴ糖内服前後 1 ヶ月の排便回数、下剤・坐薬の使用回数を集計し平均値を比較した。

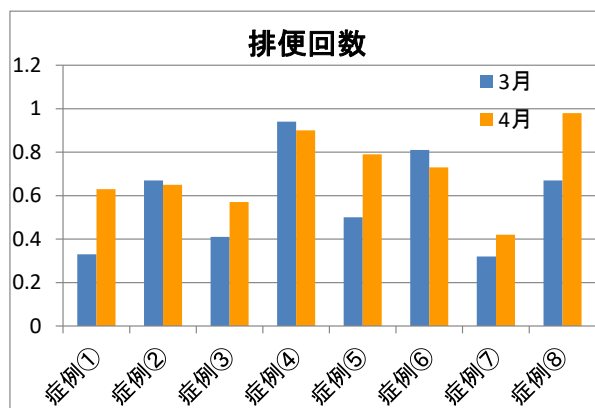
IV、倫理的配慮

所属施設内の倫理審査委員会の承認を得た。対象者及びご家族には、研究目的、方法、参加の

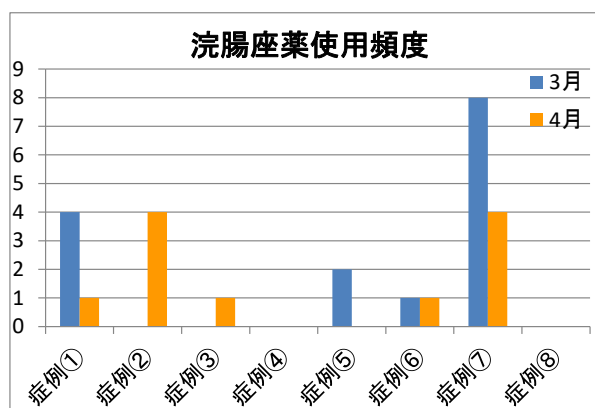
自由や途中辞退の権利、プライバシーの保護、研究発表の予定などについて、文書と口頭で説明し、同意書に署名を得た。

V、結果

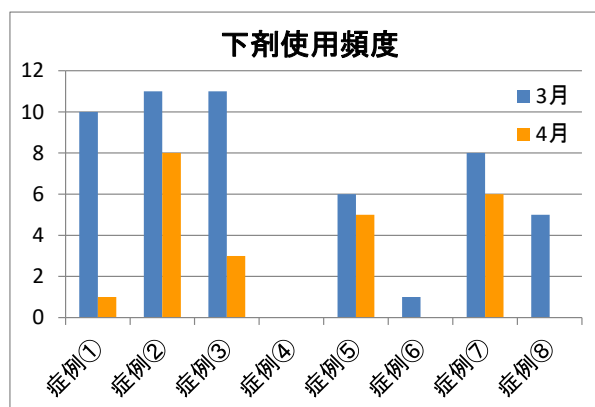
研究結果1



研究結果2



研究結果3



研究結果 1 は、オリゴ糖の摂取前後の排便回数を表にしている。青い棒グラフがオリゴ糖提供前、オレンジ色の棒グラフがオリゴ糖提供後を表している。縦のグラフは一か月の平均の排便回数である。研究結果 2 はオリゴ糖提供前後の浣腸・坐薬使用頻度を表している。研究結果 3 は、オリゴ糖提供前後の下剤使用頻度を表している。

研究結果 1 により、8 人中 5 人が研究前と比較すると自然排便の回数が増えていた。症例④・症例⑥は排便回数が減少しているものの、研究結果 3 のグ

ラフをみると、臨時薬の下剤を中止していることからオリゴ糖の効果があつたと判断できる。

研究結果3の下剤の使用頻度においては、全ての方の臨時追加薬が減少していることが分かる。研究結果3より、症例④と症例⑧は、坐薬、下剤の使用なく排便があつた。症例②・症例③は坐薬は使用しているが、下剤の使用頻度は減少していた。

オリゴ糖の摂取により、排便回数が増加、下剤の中止、減量もあり、全体的には改善傾向であつた。

VI、考察

今回の調査では、1回量を1包とし、期間を1ヶ月としたが、利用者の排便状況に合わせて、オリゴ糖を増やし、調整することで、自然排便の回数の増加、または、下剤使用頻度の減少がみられたことは、下剤に頼らない自然排便につながると考えられる。腸内環境を改善させるためには、腸内細菌叢の善玉菌を増やすことが重要である。プレバイオティクスであるオリゴ糖と、プロバイオティクスであるヤクルトと一緒に摂ることで、善玉菌を増やしたと考えられる。オリゴ糖の効果をすぐに実感している利用者からは「飲み始めてお通じが毎日できるようになった。続けて飲みたい」という声も聞かれ、利用者自身の便秘に対する意識も変わったように感じた。

便性状について把握するため、ブリストルスケールを使用した。排泄板への未記入が多く、結果としては得ることができなかった。排便コントロールには便の性状の把握も重要であるため、今後の取り組みが必要と考える。

先行研究等では長期臥床患者はオリゴ糖を内服しても緩下剤のような効果は得られなかったとあるが、A施設はリハビリを実施する施設であり、車椅子を自操し、ある程度は運動ができている。身体の活動量によっても排便に大きく影響していると考えられる。車椅子に乗車することでかかる下への重力、また、腹圧が保たれていることも大きく関連していることが考えられた。

今回は、短い期間であつたがオリゴ糖の効果が得られた。オリゴ糖で腸内環境を改善していき、下剤や坐薬を減らしていくことができた。利用者にとっては、たとえ下剤であっても、内服薬が減ることは嬉しいことである。

排便がない場合には、下剤・坐薬を使用することになるが、下剤は習慣性になりやすいため、与薬の管理は十分に、薬の種類により、作用が異なるので個々の利用者の状態を知ることが必要であることを改めて考えさせられた。

下剤に頼らず、自然に排便できることは理想だが、

高齢者で施設生活などから難しいのが現状である。しかし、オリゴ糖の摂取で便秘が改善し、利用者の負担の軽減やスタッフの排泄ケアに関わる負担の軽減にもつながったと考えられる。

VII、おわりに

下剤を使用することで、腹痛や下痢、食欲不振を訴える利用者もおり、自然排便を促していくことの重要性を改めて感じる機会となった。便秘の改善には個人差があつたが、オリゴ糖摂取により、ほとんどの方が何らかの改善があつた。現在も利用者、家族の希望でオリゴ糖の内服を継続している方もいる。

(参考文献): 医中誌 長期臥床患者への便秘改善のためのオリゴ糖の効果 2009

■精神科NSTによる高齢者低栄養患者へのソフト食を中心とした栄養介入の成果

…医療法人杏和会 阪南病院

小倉佳代、西田幸代、井上徹也

梅花女子大学 井戸由美子



【病院概要】

当院は大阪府の南部、堺市に位置する病床数690床の精神科単科病院です。府内には49の精神科病院があるものの、大阪市内には民間精神科病院が1つ(50床)、その他はいくつかの総合病院の精神科や診療所が多くなっており、市内からの救急要請にも多く対応しています。この3月に新たに1病棟認可を受けて、スーパー救急が4病棟となりました。他には急性期病棟やメンタルケア病棟、合併症病棟、認知症病棟、児童精神科病棟等、計13病棟を有し様々な年齢層や病態に対応しています。

【今回の研究の背景】

日本人の統合失調症入院患者の横断的調査では、統合失調症入院患者の低体重の割合が一般成人に比べ多いと報告されています。その理由として、重篤な精神症状、高用量の抗精神病薬投与、高頻度の身体疾患の合併、長期入院、閉鎖病棟などの関連が挙げられていますが、原因は明らかになっていません。当院においても例外ではなく、高齢者低栄養患者は増加傾向です。当院では2007年にNSTを立ち上げ、多職種とのシームレスな関

係を構築しながら食事摂取不良患者や低栄養患者への取り組みを行っています。その一環として食形態に着目し、ソフト食を中心に介入を行いました。

*ソフト食・・・ブレンダーを用い、均質で滑らかな状態にしたものをゲル化剤で固形化したもの。効率的なカロリーアップの為、粉飴を1食あたり13g (50kcal)使用。



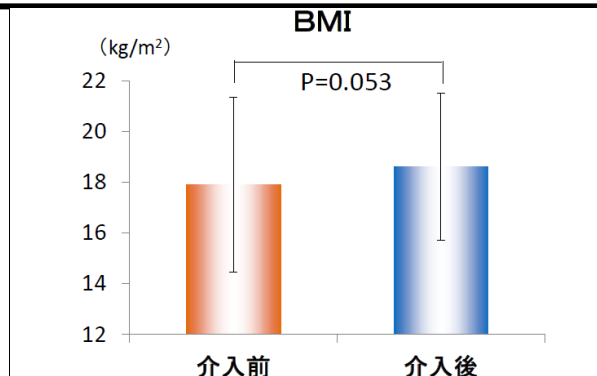
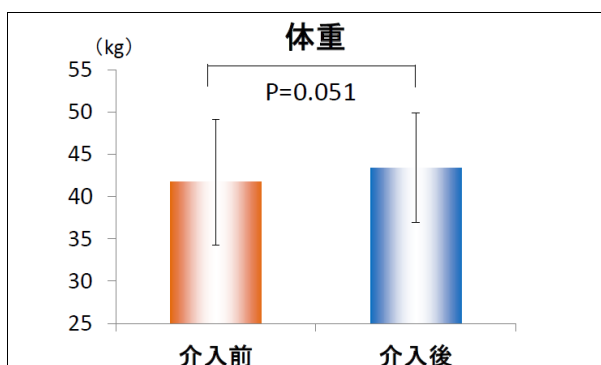
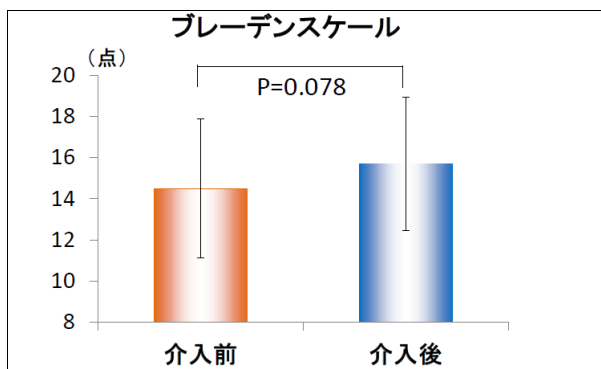
* 雑祭り行事食



【取り組み方法】

2015年4月から2017年3月までの間にソフト食による介入を行った患者15名(平均年齢77.9±6.7)において、体重、BMI、血液データ、栄養状態等を調査し、介入前と介入半年後を比較しました。検討項目は、ブレイデンスケール、体重、BMI、食形態及び摂取量としました。

【結果】



介入前後の平均ブレイデンスケールは、14.5 ± 3.4点から15.7 ± 3.2点の改善傾向を示しました (P=0.078)。体重は41.7 ± 7.5 kgから43.4 ± 6.5 kgに増加し (P=0.053)、BMIは17.9 ± 3.4から18.6 ± 2.9に改善がみられました (P=0.051)。

【考察】

抗精神病薬は嚥下反射や咳嗽反射を低下させる副作用がある為、誤嚥や窒息のリスクが高い上に、加齢に伴い摂食・嚥下機能の低下がみられることにより、高齢者低栄養患者の栄養補給は安全面に考慮する必要があります。今回多職種とのシームレスな関係を築くことで、患者に必要な食形態や栄養摂取量(具体的には、粉飴を使用したカロリーアップの工夫など)を選択できたことが、改善に繋がったと考えられます。すなわちNSTの活動により低栄養患者に対し速やかに対応できることが重症化を免れ、患者のADLの維持向上に寄与するものと考えられます。

