

# 平成29年度 第3回在宅栄養ケアスタッフ研修会 (基礎研修) 報告

## 1. 在宅栄養ケアの実践紹介、グループワーク 事例検討

栄養ケア計画は、主治医より診療情報提供書及び栄養指導指示書を受け取り、栄養ケア計画書の作成をする。ケアマネジャー・訪問看護師など多職種と日程調整を行い、情報収集で得た事項より解決すべき課題を明確にし、利用者及び家族の意向を汲み、長期目標を立てる。次に栄養ケアの具体的な内容を示した短期目標と期間を決定し、家族に栄養ケア計画書説明・同意を得て指導を開始する。定期的な訪問でモニタリング・評価をし、必要時は計画の変更を行う。

## 2. 糖尿病の病態と治療

糖尿病は、①空腹時血糖値が126mg/dl以上②随時血糖値が200mg/dl以上③HbA1cが6.5%以上の2回(2つ)以上確認できると糖尿病と診断される。糖尿病は、溢れているブドウ糖が血管の壁を傷めている状態である。深刻なのは、血糖値の急激な上昇により糖尿病合併症(神経障害、網膜症、腎症)を発症することである。また動脈硬化が進行して足病変、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞をも発症し、さらに細胞のがん化が起り大腸癌、膵臓癌、胃癌、肺癌、肝臓癌などにもなりうる。最近では、認知症やうつ病の発症と糖尿病が関連しているとの報告もある。糖尿病は、食事療法・運動療法・薬物療法を続け、血糖値を正常に近い範囲にコントロールしていれば、一生健康な人と同じ状態で過ごすことができる。糖尿病治療薬は病態に合わせて使い分け、食事は低炭水化物食より糖質・たんぱく質・脂質をバランスよく摂り、有酸素、無酸素運動を組み合わせた運動を継続して行う。特に高齢者の糖尿病は高血糖、低血糖を避け血糖値を安定させることが重要である。

## 3. CKDの病態と治療

糖尿病性腎症の治療の目標は、末期腎不全に至らないようにし、合併症(心血管疾患)の発症を防ぐことである。具体的には、血糖コントロール(HbA1c7.0%未満)と血圧コントロール(血圧130/80mmHg未満)を行い、尿蛋白の抑制するための降圧剤を選択する(尿蛋白有ではRAS阻害薬)。そして、腎機能保持のためSGLT2阻害薬を使用し、糸球体内圧の低下を考慮する。また、塩分を11.4g/日以上摂取するとGFR50%減少または末期腎不全や心筋梗塞に陥るリスクが増大する。

食事療法は、日本腎臓学会のCKDステージによる食事療法基準に準じる。

## 4. 肝臓病の病態と治療

肝臓の機能は、腸管で吸収された単糖をグリコーゲン(多糖類)からグルコース(ブドウ糖)に合成し血液に送る。腸管で吸収されたアミノ酸をたんぱく質に合成し血液に送り、さらにその過程で生じたアンモニアを無毒化する。血液中の有害物質を無毒化する。脾臓から送られてきた壊れた赤血球(間接ビリルビン)で胆汁を生成する。肝疾患の成因と臨床経過は、肝炎ウイルス(A,B,C,D,E型)から急性肝炎(ときに劇症化)、慢性肝炎と移行し肝硬変、肝細胞癌となる。アルコールからアルコール性肝炎・肝線維症となり肝硬変・肝細胞癌となる。過食・肥満・糖尿病から脂肪肝となる。薬剤・各種栄養剤の乱用から薬剤性肝障害となる。また、肥満や運動不足、アルコールの多量摂取、過度のダイエットは脂肪肝の原因となり、日本人の約30%が脂肪肝と言われている。肝不全患者に栄養治療は重要で、糖質、脂質、ビタミン類、BCAA以外のアミノ酸、BCAA、亜鉛などの微量元素は栄養改善効果があり、特にBCAA、亜鉛などの微量元素は脳症改善効果もある。バランスのとれた栄養素の摂取が延命効果をもたらす。

## 5. 糖尿病・CKD・肝臓病・高血圧の栄養食事管理

高血圧は、適正体重を維持し、バランスのとれた食事を3食規則正しく食べ1日6g未満の塩分量にする。CKDは日本腎臓学会のステージ別栄養基準に準じ、たんぱく質は十分なエネルギーが摂取されていることが前提で0.8g/kg・標準体重/日を目標とし、塩分は、3g/日以上6g/日未満、エネルギーは35kcal/kg(標準体重)/日とする。カリウムは病状によって制限する。糖尿病は、低血糖に留意し、適正なエネルギー量でバランスのとれた食品構成にし、合併症予防のためにアルコールの摂取量や塩分量を制限し十分な食物繊維を摂取する。慢性肝炎(代償性肝硬変)は、基本的には健常人と同じであるが、高カロリー・高タンパクになっていないかを確認する。慢性肝炎(非代償性肝硬変・肝不全)では、腹水があるときは塩分制限を行う。また、特にC型肝炎の場合は鉄制限食(6~7mg/日)を行い、肝臓の飢餓状態を改善するためLESも推奨されている。

(文責 病院 房 晴美)