

第6回日本静脈経腸栄養学会九州支部学術集会

日本静脈経腸栄養学会認定地方研究会（5単位）

■日時：平成26年10月18日（土） 9：30～16：30

■会場：JR HAKATA CITY JR九州ホール9F

プログラム

【開会の辞】

当番世話人：佐賀県医療センター好生館 がん統括診療部長 佐藤清治

【教育セミナー①】

座長：久留米大学医療センター 外科 石橋生哉

「サルコペニアの病態生理とリハ栄養アプローチの実践」

熊本リハビリテーション病院 医師 吉村芳弘

【教育セミナー②】

座長：製鉄記念八幡病院 救急・集中治療部部长 海塚安郎

「最後まで口から食べてもらうために」

角町歯科医院院長 角町正勝

【ランチョンセミナー】

座長：佐賀県医療センター好生館 がん統括診療部長 佐藤清治

「NSTに役立つ栄養療法—機能性成分の臨床応用—」

久留米大学病院医療安全管理部 教授 田中芳明

【一般演題1】

座長：佐賀県医療センター好生館 小児外科部長 山内 健

1. 「急性期疾患を発生した施設入所者の栄養状態から、小規模病院におけるNST活動を考える」
唐津東松浦医師会医療センター NST委員会 宮崎律子
2. 「介護療養病棟における低栄養とサルコペニア、ADLの関連」
さく病院 山内杏奈
3. 「食道がん術後患者の嚥下障害と体成分分析装置を用いた栄養状態の評価」
大分大学医学部附属病院 安部 幸

4. 「回復期脳卒中肥満症患者における体組成の推移と栄養摂取量の実態」
一般社団法人是真会 長崎リハビリテーション病院 臨床部 吉田智美
5. 「リハビリテーション病院での三大栄養素の特性の検討」
社会医療法人共愛会 戸畑リハビリテーション病院 木村英一
6. 「ガイドラインにおける高カロリー輸液用キット製剤の検討」
大分県勤労者医療生活協同組合 大分協和病院 野田 武

【一般演題2】

座長：佐賀県医療センター好生館 総合内科部長 土居隆志

7. 「低栄養・サルコペニア・嚥下障害により呼吸管理を要した多発生筋炎
疑い患者の一症例」
鹿児島市医師会病院 松尾晴代
8. 「難治性消化管皮膚瘻に対する治療戦略」
長崎県島原病院 外科 眞田雄市
9. 「持ち込み褥瘡患者へのNST介入時における現状と評価」
都城市郡医師会病院 栄養管理部 永山一美
10. 「当院NST活動における現状と課題」
久留米大学病院 栄養治療部 永松あゆ
11. 「呼吸器病棟における病棟NST活動について」
地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館 NST 佐保汰太

【教育セミナー③】

座長：柳川病院 副院長・外科部長 貝原 淳

「新基準に対応した美味しい嚥下調整食」

新別府病院 栄養管理室長 田崎亮子

【教育セミナー④】

座長：宮崎江南病院 院長 白尾一 定

「心ががぜをひくとき—“安心感”と自立—」

西九州大学非常勤講師 臨床心理士 吉村春生

【閉会の辞】

当番世話人：佐賀県医療センター好生館 がん統括診療部長 佐藤清治

【教育セミナー①】サルコペニアの病態生理とリハ栄養アプローチの実践

熊本リハビリテーション病院 リハビリテーション科 医師
吉村芳弘

日本は世界最速でかつ唯一超高齢社会（65歳以上の対人口比が21%以上）に突入した高齢先進国である。2013年10月には65歳以上人口が25.1%となり、総人口の4分の1を超えた。日本における現在およびこれからの高齢者医療、福祉、介護サービスのありようは、世界の試金石である。

リハビリテーション（以下リハ）を行うべき高齢者には低栄養が多い。特にリハが質・量ともに充分に行われるべき回復期リハ病棟は低栄養の好発地帯である。施設別の低栄養の高齢者の割合を調査した研究では、病院によりリハ施設のほうが低栄養の割合が高かった（病院38.7%、リハ施設50.5%）。原因としては、リハを行う高齢者には低栄養をきたすリスクのリスクが潜在的に存在しているためであると考えられる。

加齢による低栄養の原因は多岐にわたる。これを臨床に即する形で、米国栄養士会と米国静脈経腸栄養学会が成人低栄養の原因を①飢餓（エネルギー、蛋白質摂取不足）、②侵襲（急性疾患、外傷、手術、急性炎症）、③悪液質（慢性疾患、慢性炎症）の3つの病態に分類した。低栄養の原因はPEM(蛋白エネルギー栄養障害)だけではない。全身炎症の概念なくして低栄養は語れない。「低栄養だから投与エネルギー蛋白を増やす」といった無思考的、無批判的な医療行為は患者の利益にならないばかりでなく時に有害になる。

高齢者の栄養管理の最終目標は血中アルブミン値の改善ではなく骨格筋の増量であり、リハを同時に行うことにより身体機能の改善を図りADL、QOLをより高めることである。サルコペニアや低栄養の原因と対策、治療としてのリハ栄養、RNSTなどについて概説し、リハ栄養サポートは日本における多職種チーム医療の真骨頂であるべき理由を述べる。

【教育セミナー②】最後まで口から食べてもらうために

角町歯科医院
角町正勝

私どもは、食事また栄養の補給を、「生きるために、また病気の回復のために、さらに家族や仲間との団らんの楽しみのために・・・」など生きている限り、「環境や場」の違いを超えて、誕生から人生の終焉の時まで生の営みの中で継続しています。

しかし、口から栄養補給ができなくなると、自然死を迎えるというこれまでの事態を、私どもは「経管栄養・非経管栄養法」という新たな栄養補給の方法を獲得し、口以外のルートから栄養補給を行い命の灯をともし続けることができる社会に到達しました。

けれども、口からの食事を摂れないという致命的な事態が生じた場合、「誰が、何を根拠に、いつの時点で・・・」どのような方法で栄養補給の代替えルートの決定しているのでしょうか。栄養補給法の変更という重大な決断にかかわる関係者など、本人や家族以外のスタッフが栄養補給法の変更に関わる情報提供などを行い、当事者等の最終的判断によって口以外の栄養補給のルートを決定しているようです。しかし、口という器官の持つ特徴から、私どもは避けえない「誤嚥」という問題から、肺炎を併発するという事態に遭遇することがしばしばあるようです。

今回は、口から食べるという生活にこだわりを持っている一人の歯科医師として、日常臨床の中で感じる悩みを踏まえ、摂食嚥下障害を有する対象者の口腔の実態などを供覧し、障害を有する高齢者の食生活にかかる問題を会場の皆さんと共に考えることができればと思っております。

【一般演題 1-1】急性期疾患を発症した施設入所者の栄養状態から、小規模病院におけるNST活動を考える

唐津東松浦医師会医療センター NST委員会
宮崎律子、仲池隆史、神崎拓郎、川崎博文、大神英一、加藤和彦、吉富聡一、原田実根

【背景】当センターは病床数50床の小規模病院で、高齢者施設からの入院依頼が多い。今回、施設入所者の栄養状態とその背景因子を検討した。
【方法】2014年1月から8月の間、特別養護老人ホームまたは介護老人保健施設から急性疾患加療のため当センターに入院した70症例（平均年齢86.9±7.4歳）を対象とした。入院時にMNA-SF®を用いて栄養評価を行い、背景因子、入院時検査所見、転帰について検討した。
【結果】MNA-SF®では42人が低栄養、27人がAt riskに該当し、1人のみが栄養状態良好と判定された。低栄養群では、At riskおよび栄養状態良好と判定された群に対して、有意に介護度が高く、嚥下機能が悪く、低ADLであった。また、低栄養群で有意に在院日数が長かった。
【考察】急性期疾患を発症した施設入所者の多くは低栄養状態で、嚥下機能や身体機能にも問題があることが多い。低栄養状態改善のため、摂食嚥下機能療法やリハビリテーションも含めた総合的な対応が求められる。各職種の連携が取りやすい小規模病院の特性を生かしたNST活動を継続し、高齢者施設とも協力関係を築くことが必要と考える。

【一般演題 1-2】介護療養病棟における低栄養とサルコペニア、ADLの関連

さく病院、熊本リハビリテーション病院、
山内杏奈、松本由美、吉村芳弘

【はじめに】低栄養やサルコペニアは高齢者のADLに多大な影響を与える因子である。慢性期入院高齢者における栄養状態とサルコペニア、ADLの関連性を検討する。
【方法】対象は2014年7月時点で当院介護療養病棟入院中の65歳以上の高齢者32人（84.4±8.1歳）。研究デザインは横断研究。身長や体重、BMI、MNA-SFなどの基礎的栄養評価と血液データ、筋肉量指標としての下腿周囲長（CC）、栄養アクセス、嚥下状態、機能的自立度評価法（FIM）、要介護度、などとの関連性を検討した。
【結果】栄養状態はat risk25%（5人）、低栄養85%（27人）で栄養状態良好はなかった。骨格筋量減少のcut-off値をCC28cmとすると88%（28人）が骨格筋量減少に該当した。要介護度が高くなるほど有意に男性が多く、BMIが低く、嚥下が悪く、FIM運動項目が低く、栄養状態が悪かった（ $R=0.38, -0.50, -0.42, -0.37, -0.47, p<0.05$ ）。要介護度とは多変量解析でBMIのみ独立して関連を認めた（オッズ比0.58、95%CI 0.36-0.94、 $p<0.05$ ）。
【考察】介護療養病棟では低栄養、サルコペニアが多く、要介護とBMIの関連が示唆された。

【一般演題 1-3】食道がん術後患者の嚥下障害と体成分分析装置を用いた栄養状態の評価

大分大学医学部附属病院
安部 幸、田邊美保子、柴田智隆、野口 剛

【目的】食道がん術後の嚥下障害の有無で栄養状態に差があるのか体成分分析装置を用いて比較検討を行ったので報告する。
【方法】平成24年10月から25年7月までに当院を受診し術前治療後に食道再建術を施行した患者23名中、同意の得られた14名を対象に体成分分析装置を用いて①初診時、②化学療法終了時、③術前、④術後食事開始1週間以内、⑤退院後初診、⑥退院後2回目以降再来時で測定を行った。術直前を基準にして測定値の変化割合を求めた。
【結果】嚥下障害のあった患者は4名で4名中3名は腸瘻、1名は代償嚥下とPPNだった。手術から退院までの期間は、嚥下障害あり群（以下あり群）25.7日、なし群19.7日だった。平均年齢は、あり群69.5歳、なし群64.5歳、入院期間は、あり群52.5日、なし群29.1日だった。術後の筋骨格（以下SMI）の変化割合は、あり群-5.2%、なし群-15.7%、脂肪率は、あり群-16.8%、なし群-14.7%、BMIは、あり群-8.5%、なし群-14.1%だった。
【考察】嚥下障害のある患者は、腸瘻で必要摂取量が確保されているため、SMI、脂肪率、BMIの低下は少ないことが考えられ、なし群は、経口摂取が中心となるため必要栄養量が確保できず、術後長期のエネルギー不足による脂肪率の低下によりマラスムスを引き起こしていることが考えられた。

【一般演題 1-4】回復期脳卒中肥満症患者における体組成の推移と栄養摂取量の実態

一般社団法人是真会 長崎リハビリテーション病院 臨床部¹、
栄養管理室/教育研修部²
吉田智美¹、西岡心大²、林田真一郎¹、西岡絵美¹、森 菜美¹

【目的】回復期リハ病棟入院中の脳卒中肥満症患者における体組成推移と栄養摂取量の実態を把握する。
【方法】対象：2011年12月～2013年5月に当院に入院した経口摂取可能な脳卒中患者のうち、BMI>25kg/m²かつ体組成評価（BIA法）を入院時及び入院3ヶ月後に実施した患者19名。基礎情報、入院時及び3ヶ月後の体組成（全身筋量、非麻痺側上下肢筋量、体脂肪量）、非麻痺側握力、Functional Independence Measure（FIM）、入院後3ヶ月間の平均栄養摂取量を調査し、入院時と3ヶ月後の体組成を比較した。
【結果】性別は男性11名（平均年齢63.9歳）女性8名（同70.1歳）、平均BMI（kg/m²）は男性27.2±1.6、女性27.1±2.0。体組成の推移は、男女とも体重と体脂肪量が有意に減少した（ $P<0.05$ ）。非麻痺側握力は女性のみ有意に増加した（ $P<0.05$ ）。摂取エネルギー（kcal/IBW/日）は男性25.8±2.5、女性24.2±2.0、摂取蛋白質量（g/IBW/日）は男性0.95±0.05、女性1.02±0.09であった。栄養摂取量と体組成に特記すべき相関関係は認めなかった。
【考察】対象者の栄養摂取量は肥満症治療ガイドラインによる推奨量と同程度であり、体重・体脂肪量の減少と筋量維持を認めた。回復期リハ病棟での集中的リハと食事療法の併用で望ましい体組成へ変化したと考える。今後症例を増やし摂取栄養量と体組成の関連を調査したい。

【一般演題 1 - 5】リハビリテーション病院での三大栄養素の特性の検討

社会医療法人共愛会 戸畑リハビリテーション病院¹⁾
刈谷豊田総合病院高浜分院²⁾
木村英一¹⁾、長谷川正光²⁾

【目的】リハビリテーション病院と、急性期病院、慢性期病院（施設を含む）での総カロリー、三大栄養素、NPC/N比を比較検討しリハビリ病院の特性を明らかにする。

【方法】2012年11月5日（いいごはんの日）の常食についてアンケートに回答を頂いた全国133病院・施設（急性期病院88慢性期病院・施設23リハビリテーション病院22）を3群に分けて総カロリー、炭水化物、脂質、蛋白質、三大栄養素の比率、NPC/N比の比率を一元配置分散分析法、有意水準5%で評価した。

【結果】総カロリー、炭水化物、蛋白質はいずれも慢性期病院・施設で低値であった。脂質、三大栄養素の比率、NPC/Nは3群共に有意な差は認められなかったが、NPC/N比はリハビリ病院が急性期病院より低値を示した。

【考察】筋肉量を増やし全身状態を改善させることはリハビリテーション病院の目的の一つである。そのことが急性期病院との比較でNPC/N比が低値を示した要素と考えられる。ただし総カロリー量は急性期病院と差が無いことは予想外の結果であった。今回の検討はある1日の各病院の常食の内容のみのデータであるため今後、更なるデータの集積と個人レベルでの検討が必要と考える。

【結語】リハビリテーション病院の栄養学的特性について検討し報告した。

【一般演題 1 - 6】ガイドラインにおける高カロリー輸液用キット製剤の検討

大分県勤労者医療生活協同組合 大分協和病院¹⁾
刈谷豊田総合病院高浜分院²⁾
野田 武¹⁾、長谷川正光²⁾

【背景】①日本人の食事摂取基準2010年版では30歳以上の脂質量がエネルギー比20～25%であったが2015年度版では20～30%②静脈経腸栄養ガイドライン第3版ではストレスのない患者のNPC/N比は150前後とされている。

【目的】市販の高カロリー輸液用キット製剤で上記条件が満たされるか検討する。

【方法】宇野らのいいごはんの日アンケートから、必要総カロリーを1800kcalとして計算した。

【結果】脂質は40gから60g必要であり20%製剤250mlを使用した場合50g、エネルギー比26.5%となるので①は満たす。エルネオバ®2号輸液1500mlやフルカリック®2号輸液1504.5mlとの併用では総カロリー1730kcal、アミノ酸45g、NPC/N比217であった。

【考察】以前の標準はNPC/N比150～200であり、適合した値となっておりと考えられる。差70kcalを糖質や脂質をいれると更にガイドラインから外れた方向に補正することになる。

【結語】ストレスのかかる状態ではNPC/N比を更に小さくすることが推奨されており、脂肪乳剤を入れない場合であっても既存の製品では困難である。ガイドラインにあった製品の展開を求める必要があると考えられる。

【一般演題 2 - 7】低栄養・サルコペニア・嚥下障害により呼吸管理を要した多発性筋炎疑い患者の一症例

鹿児島市医師会病院
松尾晴代、坂元美沙樹、濱田綾乃、桐野玲子、田中佐代子、上野 剛、石崎直樹

【はじめに】多発性筋炎は体幹筋・四肢近位筋を中心とする骨格筋の慢性的な炎症を特徴とする自己免疫性疾患である。骨格筋の炎症のみでなく、易疲労性などにより日常生活の活動性は低下し疾患による筋萎縮に加え、廃用性の筋萎縮も来すことが多く低栄養や嚥下障害、サルコペニアに陥りやすい。今回、我々が経験した多発性筋炎疑い患者の経過を報告する。

【症例】70歳代男性。175cm、39.8kg、BMI14.9、筋力低下、低栄養、嚥下障害を主訴に筋炎疑いで入院。

【入院後の経過】低栄養、著明な体重減少あり、PPN・経管栄養を開始。嚥声、構音障害、舌萎縮なし。大腿筋、上腕筋ともに筋力低下あり。免疫療法を開始し、誤嚥性肺炎に対して抗生剤投与、呼吸管理目的で気管切開施行。栄養状態の改善、筋群の筋活動向上のためNSTとリハビリが介入した。ROM訓練、呼吸訓練、口腔器官訓練などを継続し、2か月で臥床状態から車椅子移動まで可能となり、閉鎖訓練、嚥下訓練食摂取を継続し体重は42kg台、投与エネルギー量は2400kcalまで増量した。

【考察】様々な機能低下に対して入院時から多方面でリハビリテーション栄養を実施することが、機能向上・維持に必要な不可欠である症例であった。

【一般演題 2 - 8】難治性消化管皮膚瘻に対する治療戦略

長崎県島原病院
外科 眞田雄市 濱田隆志 井上 諭 三島壯太 大野 毅 東 尚
松尾繁年
栄養班 松尾奈津子

【背景】術後消化管皮膚瘻は、栄養管理含めて治療に難渋することが多い。今回我々は回盲部切除術後の複雑性消化管皮膚瘻に対し、腸管全切除を施行し、何とか救命し得た症例を経験した。

【症例】50歳代の男性。2014年1月、ハルトマン手術後の腸閉塞に対し回盲部切除術を施行した。2月より、右側腹部に2箇所の小腸皮膚瘻を発症した。絶飲食・高カロリー輸液により一旦閉鎖したが、経管栄養開始とともに再燃、敗血症となり集中治療を要した。4月より下血あり、CTで小腸間膜の膿瘍・血腫形成を認めた。責任病巣が同定できず、複雑性のhigh-outputな皮膚瘻であること、ドレナージ不良な膿瘍・血腫形成を伴っておりVAC療法などが施行できないことより再手術を決断し、5月にトライツ靱帯から50cmの上部空腸を残した結腸全摘・小腸広汎切除術を施行した。術後短腸症候群の管理下であるが、各部門病態を把握し密な連携のもと栄養管理を進め、高カロリー輸液+200～300kcalの経口摂取でアルブミン値は3.0以上で推移している。

【結語】消化管皮膚瘻は治療に難渋すると死亡率の高い病態であり、経腸栄養が施行できないことが多く保存的には治療不可能な症例も存在する。手術での治療を選択した場合、術後Nutritional support teamの関与が必ずであり、病態把握を各部門で共有することが重要と示唆された。

【一般演題 2-9】 持ち込み褥瘡患者へのNST介入時における現状と評価

都城市医師会病院 内科¹⁾、薬局²⁾、看護部³⁾、栄養管理室⁴⁾
永山一美⁴⁾、上玉利明美²⁾、久松明美³⁾、稲次里美⁴⁾、西浦亮介¹⁾

【はじめに】 当院NSTでは、褥瘡患者全員に栄養介入を行い褥瘡改善に努めている。今回、持ち込み褥瘡患者へのNST介入時における現状を調査したので報告する。

【対象と方法】 1. 平成25年8月1日～平成26年7月31日までの1年間に入院した持ち込み褥瘡患者40症例

2. 性別・年齢・紹介元・診療科・主病名・糖尿病の罹患・CKDstage・BMI・血清Alb・ブレードスケール・生活自立度・栄養法・DESIGN-R・褥瘡発生部位の項目を調査した。

【結果】 急性期病院の特性もあり、形成外科以外の診療科が82.5%であった。紹介元は自宅と施設から同じ45%であった。持ち込み褥瘡患者の90%が65歳以上の高齢者であり、摂食嚥下障害による低栄養・寝たきり状態などの外的因子が褥瘡発生部位に窺えた。また、全症例の32.5%が糖尿病を有し、69%が腎障害を有している点は内科的アセスメントの必要性があらわれていた。

【まとめ】 褥瘡患者の栄養摂取を向上させ栄養補給量を充足させることで褥瘡改善の効果は実証されているが、長期間の栄養欠乏状態や高齢者の内臓器官の機能低下が認められる状態においては、高栄養投与には細心の注意を払わなければならない事が再確認できた。また高齢者の摂食嚥下障害に対する評価や栄養療法等の情報を、施設や在宅患者にも発信していく必要性を再認識できた。

【一般演題 2-10】 当院NST活動における現状と課題

久留米大学病院栄養治療部¹⁾、久留米大学医学部外科学講座小児外科部門²⁾、
久留米大学病院医療安全管理部³⁾
永松あゆ¹⁾ 七種伸行²⁾ 八木 実²⁾、田中芳明³⁾

久留米大学病院では平成14年11月のNST委員会発足、平成16年3月の全科型NST開始を経て年々症例数が増加している。平成25年度の新規NST症例584例を対象に、患者背景や栄養処方、依頼内容について検討した。

男女比は357:227、平均年齢62.9歳、CONUTの平均値6.46であった。

依頼目的別では栄養状態改善が294例、創傷治癒の促進が39例、腹部症状の改善が8例、食種の検討が180例、経腸栄養剤の検討が44例、輸液メニューの検討が19例であった。栄養状態改善が依頼目的の場合は比較的栄養状態が保たれている症例が多い一方で、経腸栄養剤の検討や輸液メニューの検討が目的であった症例では、病態が複雑で栄養状態がより悪い傾向にあった。前年度と比較しても、比較的軽症な症例の依頼や従来症例の少なかった病棟からの依頼が増加していることからNSTの活動が院内に浸透していることが示唆されるが、依然として重症例は存在する。

全体の症例数が増加する中で、こうした重症例に対する栄養管理の質を如何に維持していくかが課題である。

【一般演題 2-11】 呼吸器病棟における病棟NST活動について

地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館 NST
佐保洗太、椛美紗子、小根森智子、仲真美恵、古瀬淳子、中島ますみ、
江副直子、安部友範、山内 健、土居隆志、佐藤清治

【背景】 当院は450床の急性期病院である。NSTは各病棟の専任メンバーで構成される病棟NSTと、コアメンバーによる病院NSTとで活動しており、呼吸器病棟では平成26年4月よりNST加算の算定を開始している。

【方法】 平成26年4～7月に、呼吸器病棟で血清Alb3.0以下で抽出されNSTが介入した症例において、その介入内容、介入効果、NSTの提言に対する遂行率、加算の算定状況等を検討した。

【結果】 対象者は55名、延べ107件であり、介入内容は経口摂取に関する提言31件、経管栄養の調整12件、経静脈栄養の調整10件、検査依頼4件、薬剤の提案1件、現状維持49件であった。提言に対する主治医の遂行率は86.2%であり、介入により栄養状態やADLが改善したのは18名(36%)であった。加算の算定状況は回診・カンファを施行した107件中89件(83.2%)にとどまり、メンバーの不参加が未算定の主な原因であった。

【考察】 呼吸器病棟では病棟NSTの介入において、提言の遂行率が比較的高かったにも関わらず栄養改善率は低かった。介入内容の内訳で現状維持が約半数を占めており、病棟NSTスタッフの更なるスキルアップやコアメンバーとの協力が必要と考える。NST加算に関しては、今後改めて体制を整え算定率の向上に努めたい。

【教育セミナー③】 新基準に対応した美味しい嚥下調整食

国家公務員共済組合連合会 新別府病院 栄養管理室長
田崎亮子

超高齢社会の進展とともに、脳梗塞や脳出血などの脳血管疾患、神経や筋疾患などが原因で、咀嚼・嚥下機能が低下した高齢者が益々多くなっていくことが危惧される。

そのことに対応できる食事形態の確立が遅れ、また食事内容に様々な問題があり、摂食不良から栄養状態の低下が起こり、そのことが原因で誤嚥性肺炎など引き起こし、社会的に大きな問題になっている。

当院は、救命救急センター(ER、ICU、HCU)を有し、大分の県北地域の三次救急医療機関として厚労省から認定を受けている施設である。NSTは全科型で稼働11年目を迎えている。当院の救急救命センターでも、一般の社会情勢を反映し、誤嚥性肺炎や窒息などで救急搬送される高齢者が後を絶たない。また、脳血管疾患や心疾患、呼吸器疾患などで搬送され救命措置されてもその後のADLが低下し、経口摂取に支障をきたす患者をNSTが多数支えてきた。このような急性期病院でのNST活動を経験すればするほど管理栄養士の本来の役割は、この時代を見据えた経口栄養管理への積極的な取り組み、即ち口から食べることを諦めないための摂食・嚥下調整食へのアプローチではないかと考える。これまで、わが国には、嚥下調整食の共通用語さえ無くそれ故、施設間の移動により嚥下困難な高齢者の窒息や誤嚥性肺炎の再発など不幸な事態を招いている現状であった。昨年秋、日本摂食・嚥下リハビリテーション学会より「嚥下調整食分類2013」が公表された。これから益々進む超高齢社会で健やかに暮らせる高齢者を支えるべく、食べやすく安全で美味しい嚥下調整食の改善への取り組みが前進することを期待する。

【教育セミナー④】心がかげをひくとき－“安心感”と自立

西九州大学非常勤講師 臨床心理士
吉村春生

今日の様々な問題行動や不適応行動の背景にあるものとは何なのだろうか？以前から、いじめ、虐待、依存症等の現象は見られていたが、現況までは至っていなかったように思われる。最近、日々の心理臨床の中で思うことは、豊かな心の中核にあるものは、「安心感」ではないかということである。動物世界で、生まれて数カ月も自分で生きる行動がとれないのは人間ぐらいであり、他の動物の多くは生まれて数時間後には自ら立ち上がり授乳を可能にする。このことは、もともと、「人間が不安な生き物」であることを示唆している。

「安心感」の源はお母さんのお腹の中（子宮－内界）であり、その空間は、評価や変化の圧力が存在しない空間（ありのままを受け容れてくれる世界）である。人々は、生まれてから死ぬまで、日々の評価空間の中で様々な負の感情（不安・怒り・悲しみ・つらさ等）を溜め込みながら生きている。そして、溜め込んだ感情が容量一杯になった時、心はフリーズし、適応（柔らかい思考、臨機応変な行動）することが困難になるのではないだろうか。特に「不安感」の溜め込みは、様々なストレス反応（抑うつ・不安⇒不機嫌・いらいら⇒無気力⇒身体症状）を誘発し、暴力、虐待、DVなどの問題行動へと結びついていくように思われる。また、このようなストレス反応は抱える側の家族にも同様に起こり得ることであり、負の連鎖を引き起こしてしまう。

以前は、負の感情の処理の一役を「自然」が担ってくれており、自然の中での五感を使った遊びは、イメージの世界で遊ぶこと（泥いじり⇒人肌、水遊び⇒羊水、秘密基地づくり⇒子宮etc）を可能にし、心の空き容量の確保（クリーンアップ）に貢献してくれていたように思われる。また、そのような感情の処理に付き合ってくれる群れる集団（異年齢の仲間集団）の存在は、安全な中での負の感情の処理モデル（自他を傷つけない感情の処理の仕方）や家庭以外での甘えの享受（安心感の供給）を可能にするなど、家族のサブシステムとしての機能を果たしてくれていたのではないだろうか。さらに、井戸端会議など、「ご近所さん」とのつながり感覚は、家族や地域の「安心感」を育み、甘えあえる環境づくりに貢献していたと思われる。

このような“つながり”の消失が進む今日こそ、「安心感」を育む社会づくりが必要である。特に、不安感が高まりやすい乳幼児や喪失体験を味わう機会が多い高齢者に対する「安心感」の供給や心の空き容量の確保（笑顔、スキンシップ、手当て、傾聴、評価をしない言葉かけ、遊ぶこと、泣くこと、食事、入浴等における“甘え”の場の確保）は急務であると思われる。そして、その支援を可能にする為には、その人々が甘えたがっている人（家族等）をいかに守る（抱える）ことができるかがポイントになるのではないだろうか。人生は出会いである。甘えさせてくれる人との出会いによって得られた“安心感”こそが、自立（生きる力）の源泉となりえるのかもしれない。