

## 熾火の上に一活躍する女子医大の研究者たちー Vol.32 リハビリテーション科学分野 若林秀隆教授・基幹分野長



若林秀隆  
リハビリテーション科学分野 教授・基幹分野長

### Profile

学 位：医学博士  
出身大学：横浜国立大学  
専門（分野）：リハビリテーション栄養、サルコペニア

趣味やマイブーム：旅行、P.F. ドラッカー、村上春樹、児島虎次郎、日本酒、マンゴー

私がリハビリテーション科の医師となったのは、疾患や障害のある方を全人的に評価して、よりよい生活ができるよう支援することに興味を持ったからです。疾患はよくなりました、でも「寝たきり」や「認知症」になりました、とならないことに貢献したいと考えました。

ポジションペーパー

発行日 2022.10 発行部数 2022.11.30

### リハビリテーション栄養における診断推論：日本リハビリテーション栄養学会によるポジションペーパー

Diagnostic reasoning in rehabilitation nutrition : position paper by the Japanese Association of Rehabilitation Nutrition

若林秀隆<sup>1)</sup>, 前田圭介<sup>2)</sup>, 百崎 良<sup>3)</sup>, 小蔵要司<sup>4)</sup>, 吉村芳弘<sup>5)</sup>, 藤原 大<sup>6)</sup>, 小坂謙太郎<sup>7)</sup>, 鈴木規雄<sup>8)</sup>

**key words** 非分析的推論, 分析的推論, 食欲低下, 体重減少, サルコペニア

**abstract** 診断推論とは、症状、訴え、診察所見、検査値などから診断に至るための思考プロセスである。リハビリテーション(以下リハ)栄養ケアプロセスには、リハ栄養アセスメント・診断推論が含まれている。診断は、非分析的推論(直感、システム1)と分析的推論(分析、システム2)に分類される。リハ栄養では、栄養障害、サルコペニア、栄養素摂取の過不足の有無と原因の診断推論を行う。これらの有無には通常、唯一の正解がある。一方、食欲低下、体重減少、サルコペニアの原因には、唯一の正解がない場合があり分析的推論を要する。この場合、診断推論は仮説となる。これらの原因を診断推論しないで単に栄養補助食品を使用するのは、臨床の患者に臨床の原因を診断推論しないで解熱鎮痛剤を処方するのと同じである。リハ栄養で生活機能やQOLを最大限高めるには、食欲低下、体重減少、サルコペニアを認められた場合、よくある原因について全例で疑う必要がある。

栄養に関心を持ったのは以前、リハビリテーション科医師として受け持った脳卒中の患者さんが、主治医の栄養管理が不適切だったために餓死したことがきっかけです。栄養を考えずに機能訓練を頑張りすぎると、最悪の結果を招くことがあります。そこでリハビリテーション栄養という言葉と学術領域を作り、2011年に日本リハビリテーション栄養学会(当時は研究会)を立ち上げました。リハビリテーション栄養とは、リハビリテーションと臨床栄養の両面からアプローチすることで、生活機能とQOLをできる限り高める考え方と実践です。

最近行った臨床研究は、サルコペニア(※)の嚥下障害と嚙声の関連です(Wakabayashi H, et al. J Nutr Health Aging 2022)。サルコペニアの嚥下障害とは、嚥下関連筋の筋肉量低下や筋力低下で生じる嚥下障害で、高齢者ではよくある疾患です。サルコペニアの一因が低栄養ですので、低栄養による嚥下障害ともいえます。予防と治療には、リハビリテーション栄養が有用です。サルコペニアの嚥下障害の患者の26%に嚙声を認め、嚙声があると嚥下障害がより重度でした。しかし、嚙声があっても嚥下機能の予後には有意な影響はありませんでした。他にもデータベースを構築した上での臨床研究を多数行っています。

### はじめに：診断推論とは何か

リハビリテーション(以下リハ)栄養ケアプロセスには、リハ栄養アセスメント・診断推論が含まれている<sup>1)</sup>。リハ栄養アセスメント・診断推論では、国際生活機能分類による全人的評価、病歴、栄養状態と活動量の評価、サルコペニア・フレイルの評価を行い、栄養状態、サルコペニア、栄養素摂取の過不足およびそれらの原因の診断推

論を行う。診断推論が不十分であると、リハ栄養診断以降のリハ栄養ケアプロセスも当然不十分となり、生活機能やQOLを最大限高めるリハ栄養介入を行うことは難しい。そのため、リハ栄養を実践するには診断推論を習得する必要がある。診断推論とは、症状、訴え、診察所見、検査値などから診断に至るための思考プロセスである。思考プロセスは、非分析的推論(直感、システム1)と分析的推論(分析、システム2)に分類され

1) Hidetaka Wakabayashi 東京女子医科大学病院リハビリテーション科  
2) Yoko Mando 国立長寿医療研究センター老年内科  
3) Ryo Momozaki 三重大学大学院医学部研究科リハビリテーション医学分野  
4) Yoji Kakura 介護医療院豊南病舎 栄養管理課  
5) Yoshihiro Yoshimura 熊本リハビリテーション病院サルコペニア・低栄養研究センター  
6) Daiki Fujiwara 脳神経病棟リハビリテーション科  
7) Shintaro Kasaka 熊本大学大学院医学部研究科神経学部門  
8) Norio Suzuki 聖マリアンナ医科大学医学部脳神経科 神経内科

リハビリテーション科医師からみると、従来の栄養管理ではマネジメントが不十分でした。そこで日本リハビリテーション栄養学会で、リハビリテーション栄養における栄養・体重のゴール設定や診断推論に関するポジションペーパーを日本語と英語で作成しました。また、呼吸器内科の桂秀樹教授と一緒に、呼吸サルコペニアについて、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、日本呼吸理学療法学会、日本サルコペニア・フレイル学会、日本リハビリテーション栄養学会の4学会合同ポジションペーパーを作成中です。臨床研究やポジションペーパーの成果を臨床に還元して、疾患や障害のあるすべての方が最適なリハビリテーションと栄養管理を受けられ、よりよい生活をできるようにしたいと考えています。

リハビリテーションや臨床栄養に関連した臨床研究でしたら、ぜひ共同研究を行えればと思います。また、リハビリテーション科への転科に興味がある医師は、お気軽に若林までご連絡ください。

※加齢などが原因で筋肉量が減少したり筋力が低下したりすること

発行日 2021.8.4 更新日 2021.8.10

**ポジションペーパー**

## リハビリテーション栄養における栄養・体重のゴール設定：日本リハビリテーション栄養学会によるポジションペーパー

Goal setting for nutrition and body weight in rehabilitation nutrition: position paper by the Japanese Association of Rehabilitation Nutrition

若林秀隆<sup>1)</sup>、吉村芳弘<sup>2)</sup>、前田圭介<sup>3)</sup>、藤原大<sup>4)</sup>、西岡心大<sup>5)</sup>、永野彩乃<sup>6)</sup>

**key words** リハビリテーション栄養、SMART、エネルギー蓄積量、体重増加、体重減少

**abstract** リハビリテーション(以下リハ)栄養で最も重要な栄養のゴールは、生活機能やQOLである。しかし、生活機能やQOLをより高めるために体重のゴールを設定することは有用である。本稿では体重のゴール設定について学会として定場を明らかにする。体重のゴールはSMART、Specific(具体的)、Measurable(測定可能)、Achievable(達成可能)、Realistic/Relevant(現実的で重要・切実)、Timed(時期を明記)に設定すべきである。体重を1kg増加、減少させるエネルギー蓄積量(欠損量)の目安は7,500kcalである。つまり、栄養のゴールを1か月に1kg体重増加と設定した場合、1日のエネルギー蓄積量は約250kcalと計算できる。リハのゴール設定、身体活動や運動療法の内容や量と質、全身状態や本人の意向とのすり合わせが、栄養のゴール設定には必要である。体重のゴール設定はリハのゴール設定よりばらつきが大きく、リハ栄養モニタリングで達成度を確認することが重要である。

**はじめに：栄養のゴールとは何か**

リハビリテーション(以下リハ)栄養ケアプロセスには、リハ栄養ゴール設定が含まれている<sup>1)</sup>。リハ栄養ゴール設定では、リハと栄養両者のゴールを設定する。ゴールとは、機能、活動、参加のいずれかで設定されることが多い。一方、栄養のゴールには、体重や筋肉量、体脂肪量だけでなく、筋力、身体機能、橋下機能、日常生活活動(Activities of Daily Living: ADL)、生活の質(Quality of Life: QOL)、参加も含まれる。これらのうち最も重要な栄養のゴールは、生活機能やQOLである。しかし、どのような栄養療法を行うか、1日エネルギー必要量を計算することは、体重で栄養のゴール設定をすることが、現時点では最もわかりやすい。そこで本ポジションペーパーでは、体重のゴールをどのように設定すればよいが既存の知見から学会として立場を明らかにする。

1) Hidetaka Wakabayashi 東京女子医科大学附属リハビリテーション科  
2) Yoshihiro Yoshimura 熊本リハビリテーション病院サルコペニア・低栄養研究センター  
3) Katsuke Maeda 国立長寿医療研究センター老年科  
4) Dai Fujiwara 京都府立リハビリテーション科  
5) Shinta Nishio 京都リハビリテーション病院栄養管理室  
6) Akeno Nagano 西宮協立脳神経外科病院看護部

[PDFはこちら](#)



**【熾火 (おきび) とは】**

“おこし火”のことですが、「激しくはないがやんわりと続く愛情・感情・優しさ、情熱・意欲」などを意味する比喩的な表現(メタファー)としても使用することができるといわれます。ここでの熾火は研究者が心に秘める熱い想いを意味し、それが火付け役となり他の研究者たちに広がっていくことを表しています。消えることのない種火。研究者の心にある消えない熱い想い。

