



# 5階西病棟の活動報告



栄養状態のアセスメントは身体計測や血清アルブミン、リンパ球数などさまざまな方法で行われます。しかし、まず重要なものは**体重**です。輸液量やエネルギー投与量の目安を計算するためには、体重の値が必要不可欠です。適切な量を推定して投与することが、予備能力の低下した高齢者では特に重要になってきます。また、投与したエネルギーや輸液量が適切であるかどうかは、体重測定による評価が最もわかりやすい目安です。

写真にあるスケールベッドは臥床した状態で測定することができるため、寝たきりの患者様に使用しています。スケールベッドに移乗する際には転落やライン類の誤抜去の危険性があるため注意して行っています。立位が保持できる人は一般の体重計に乗り測定しています。



5階病棟処置室に保管してあります！  
使用するときには、処置室の壁に掛けてある『スケールベッド貸借帳』に使用日時と使用者名の記載をして使用して下さいね！

ここに体重が表示されます

更に日々看護をしていく上で以下の取り組みを行っています。

- ・栄養状態に関し問題がないか観察・ピックアップする
- ・栄養状態に問題のある患者に対し主治医に相談
- ・主治医の治療方針の確認
- ・食事に対する本人及び家族の思い・希望の情報収集
- ・病状や栄養摂取状態の観察アセスメント(嚥下状態・食事介助方法などリハビリに相談)

問題がある場合にはNST介入を依頼するようにしています！！！！

5階西病棟 森山英

# 第5回 NST研修会報告



2013. 10. 2 (水) 17:30~18:30 3階講堂

テーマ：心不全患者における栄養管理  
～慢性心不全の場合～  
医師 大角淳一

## 心不全とは

心機能低下により、末梢組織の代謝要求に応えるだけの血液量を心臓が拍出できない状態

心機能低下に加え、他臓器の機能異常(機能不全)や自覚症状を以て心不全と診断する



## 心不全の運動療法

種目：歩行・エルゴメータ、軽いエアロビクス、低強度の筋トレ(ジョギング、水泳、激しいエアロビクスは推奨されない)

強度：初期は目標HR＝安静時HR＋30から、徐々に増量。安定したら「楽である～ややつらい」まで

時間：1日5分×2回から始めて1日30～60分まで

頻度：軽症例は週5回、重症例は週3回

※運動療法の中止基準や禁忌にあてはまるような場合は運動療法の中止やプログラム変更が必要！

## 心不全の栄養管理

慢性心不全治療ガイドライン(2010改訂版)

軽症は1日7g以下、重症は1日3g以下の減塩食、低Na血症があれば水分制限。高齢者は食欲低下防ぐため適宜調節。肥満合併の場合はカロリー制限。

日本病態栄養学会

軽症～重症に応じて1日6～3g以下(最終目標)の塩分制限、1日1.0～1.2L以下の水分制限(軽症は水分制限なし)。中等症以上はアルコールを控える。コーヒーは過量摂取を控える。

AHA/ACCガイドライン(2005)

心不全症候がなければ…メタボのコントロール、アルコールを慎む。

明らかな症候が出現したら…塩分制限1日4g以下(重症1日2g以下)

お知らせ

《院内NST研修会》 17:30～18:30 3階講堂

第6回【COPD患者における栄養管理】11月6日(水)

第7回【周術期の栄養管理】12月4日(水)

どの職種でも参加可能です。栄養に興味のある方ならどなたでもご参加下さい！