

Agenda

- ◆低栄養とは
- ◆高齢者の栄養状態
- ◆効果的な栄養介入の考え方
- ◆介入事例
- ◆在宅高齢者の低栄養について



効果的な栄養介入に向けて

- ✓何をもって「低栄養」と判断したのか？
- ✓「低栄養」に至った原因は何か？

対象者の栄養状態に**問題生じている根拠**と**根本的な原因**を明確に示し、

原因とその根拠を明確にすることが、効果的な栄養介入に繋がる



栄養アセスメント（栄養評価）

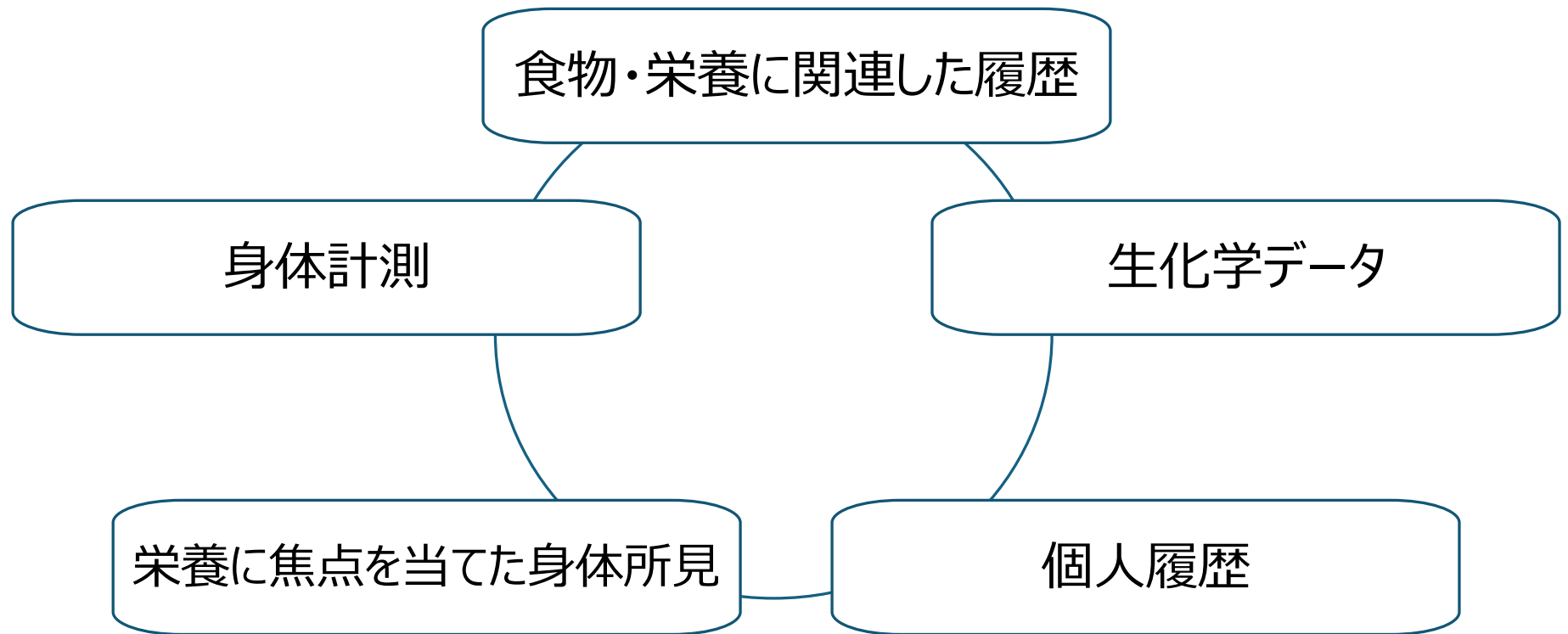
解決すべき課題の把握や解決すべき課題の過程や評価

栄養アセスメントデータを基に、一つ一つの項目を評価

評価を行うためには、一般的な**比較基準値**や各種学会の**診療ガイドライン**等と比較を行う



栄養アセスメントのためのデータベース



栄養アセスメントデータの5つの領域

項目	指標
食物・栄養に関連した履歴（FH）	食物・栄養素摂取、食物・栄養の管理、薬剤・補完的代替医療食品の行使、食物・栄養に関する知識・信念・態度、栄養管理に影響を及ぼす行動、食物及び栄養関連用品の入手しやすさ、身体活動と機能、栄養に関連した生活の質
身体計測（AD）	身長、体重、体格指数（BMI）、成長パターン指標、パーセンタイル値、体重歴
生化学データ、臨床検査と手順（BD）	酸塩基平衡、電解質、生化学検査値、消化器関連、検査（例 胃内容排泄時間、静時エネルギー代謝量、便検査、嚥下造影検査など
栄養に焦点を当てた身体所見（PD）	身体的な外見、筋肉や脂肪の消耗、嚥下機能、消化管の状態、食欲、感情、バイタルサイン
個人履歴（CH）	個人の履歴、医療・健康・家族の履歴、治療歴、社会的な履歴



栄養アセスメントから原因・根拠の決定

情報を整理する

- ・検査データと基準値の比較
- ・身体徴候や症状
- ・摂取栄養量の過不足
- ・嗜好や食事環境
- ・本人の意欲
- ・生活歴
- ・多職種から出た課題 など



根拠を明らかにする

根拠・・・なぜ、低栄養と判断したのか

＜管理栄養士の視点＞

- 摂取エネルギー量1,080kcalは、必要エネルギー量1,500kcalに対して、エネルギー充足率が72.0%と不足している
- BMI16.3は、日本肥満学会の肥満度分類よりBMI18.5以下であるため、低体重である
- 浮腫のアセスメントスケールより+3の中等度の浮腫あり
- ツルゴール反応が5秒とツルゴール低下あるため、脱水の可能性あり



摂取栄養量の評価

『9割摂取できているから、摂取量良好』

『摂取エネルギー量1,440kcalは、必要エネルギー量1,500kcal
に対して、エネルギー充足率が96.0%と充足している』

**管理栄養士
の専門性**

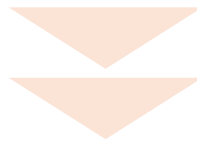


摂取栄養量の評価

同じ“9割”摂取でも、提供栄養量が少ない場合は…

『9割摂取できているから、摂取量良好』

『摂取エネルギー量1,080kcalは、必要エネルギー量1,500kcalに対して、エネルギー充足率が72.0%と不足している』



不足している原因を探る

原因に
アプローチをする



原因を探る

✕ 食事摂取量が少ない



- 嗜好に合っていない食事提供
- 摂食嚥下機能に合っていない食形態での提供
- 1回の食事摂取量に限界がある
- 周囲が気になり、食事に集中できない

原因が明らかになれば、そこにアプローチをする



Agenda

- ◆低栄養とは
- ◆高齢者の栄養状態
- ◆効果的な栄養介入の考え方
- ◆介入事例
- ◆在宅高齢者の低栄養について



老健での実践事例①

90歳 女性

身長：144.0 cm 体重：43.2 kg BMI：20.80 4カ月で1.8kgの体重減少

必要エネルギー量 1500kcal 提供エネルギー量 1500kcal

食事摂取量 7～8割 摂取エネルギー量 1050kcal

食事摂取に1時間要している（食物の口腔内ため込みあり）

食事時間が長くなるにつれて、前傾姿勢になりやすい

食事介助の拒否がある 長谷川式認知症スケール：8/30点

根拠：摂取量は必要量に対して充足率70.0%

4か月の体重減少率4.2%（3%以上の体重減少あり→中リスクに該当）

食事摂取に1時間を要している

原因：食形態があていない。認知症の進行により自力摂取の意欲が乏しい。



アプローチ

① 咀嚼・嚥下機能に応じた食形態での提供

主食：軟飯 → 全粥

副食：一口大（2cm角） → 刻み（学会分類コード3相当）

② 声掛けによる食事摂取の促し

食べ始めから声掛けを行ってもらう。手が止まったら都度声掛けを行う

③ 理学療法士による食事中の姿勢の調整

リハビリで座位訓練も実施してもらう

3か月後

食事時間30分に短縮し、姿勢崩れなし

摂取エネルギー量 1480kcal（充足率98.7%）

体重 44.0kg 声掛け行わず、完全自力摂取（2か月頃から）



老健での実践事例②

90歳 女性

身長：148.0 cm 体重：42.0 kg BMI：19.2 3カ月で9.2kgの体重減少

必要エネルギー量 1500kcal

（入院中）提供エネルギー量 1000kcal 食事摂取量 2～8割（平均5割）

摂取エネルギー量 500kcal 摂取たんぱく質量 25.0g

普通型車椅子座位可能であるが、15～20分で疼痛出現

リクライニング座位30～45°程度で疼痛軽減 HDS-R：25/30点

根拠：入院中の長期に渡る食事摂取量低下（エネルギー充足率35.7%、たんぱく質充足率50.0%）

3か月での体重減少率17.9%

座位時間15～20分で疼痛出現がある

原因：腰部疼痛によって離床時間が短時間であることで食事摂取量に限界がある



アプローチ

- ① 提供栄養量 エネルギー1400kcal、たんぱく質55.0g
食事1000kcal + 栄養補助食品200kcal×2回
- ② 理学療法士による負担なく摂取できる姿勢の評価
リクライニング車いすの角度の調整
食事中の疼痛の確認
- ③ 食堂への誘導のタイミングの調整
食事配膳後の誘導

3か月後

栄養補助食品中止 食事のみ1600kcalの提供 10割摂取
体重 45.9kg (3.9kgの増加)
1か月で普通型車いすへ 疼痛の訴えなし 食事摂取時間20分



Agenda

- ◆低栄養とは
- ◆高齢者の栄養状態
- ◆効果的な栄養介入の考え方
- ◆介入事例
- ◆在宅高齢者の低栄養について

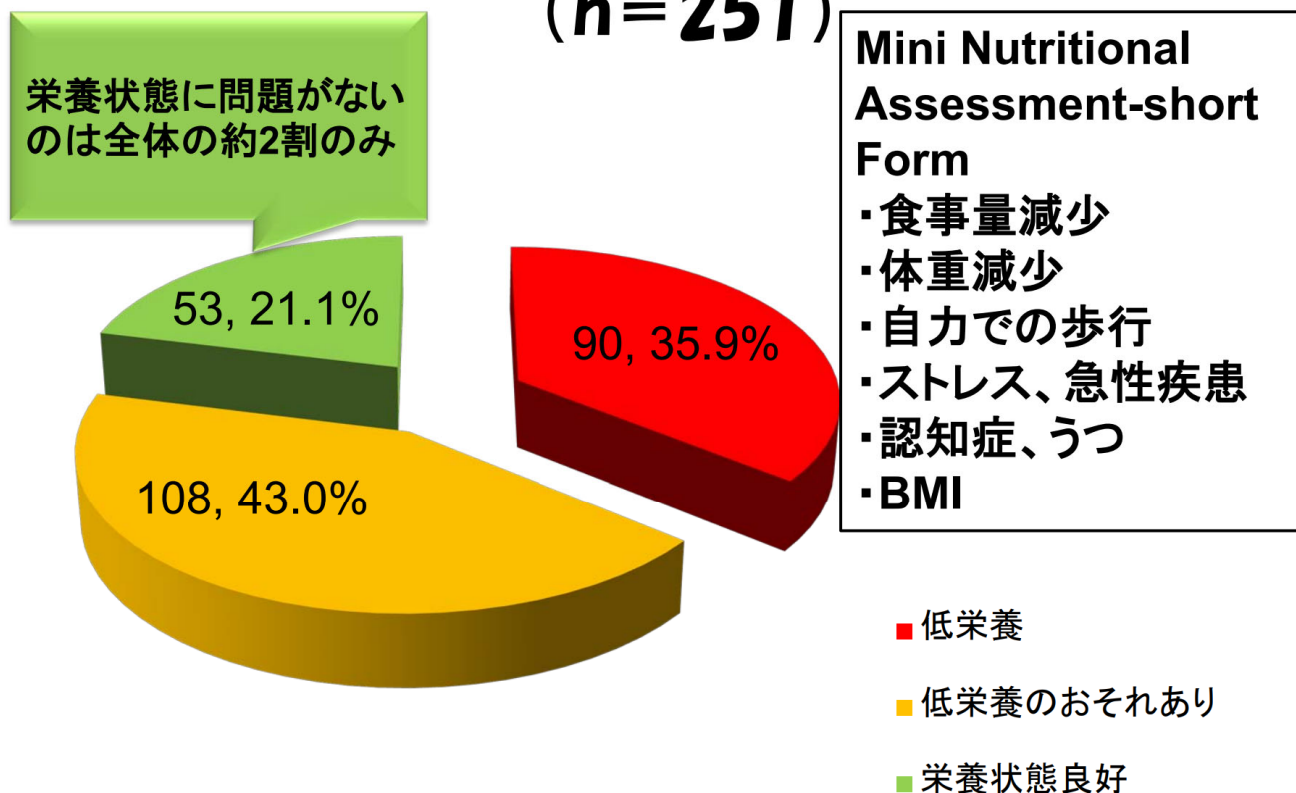


在宅高齢者の低栄養

MNA-SFによる低栄養の評価

(n=251)

栄養状態に問題がない
のは全体の約2割のみ



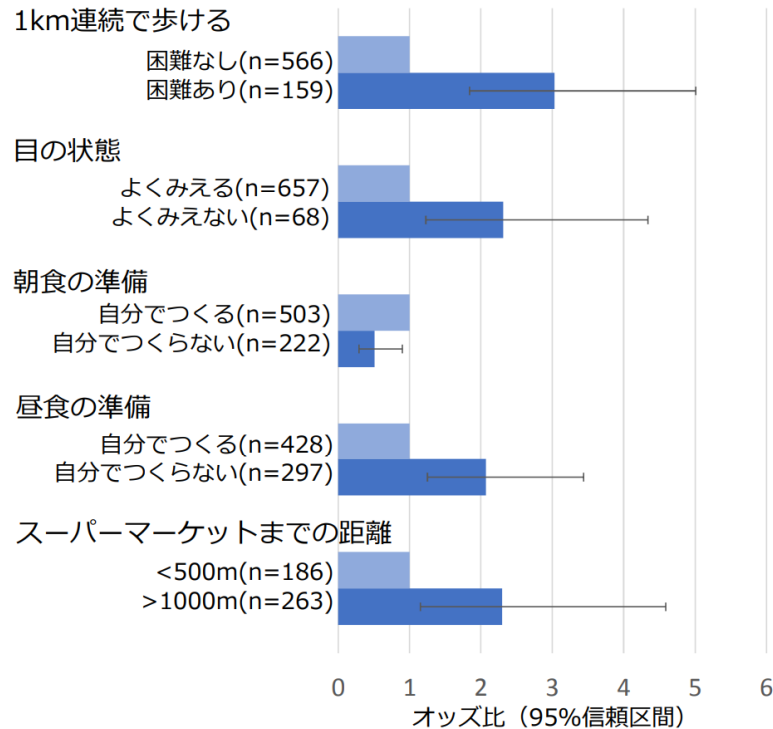
「在宅高齢者の栄養問題：配食利用者調査と管理栄養士の居宅療養管理指導の調査」より

一人暮らし高齢者における買い物困難感に関連する要因

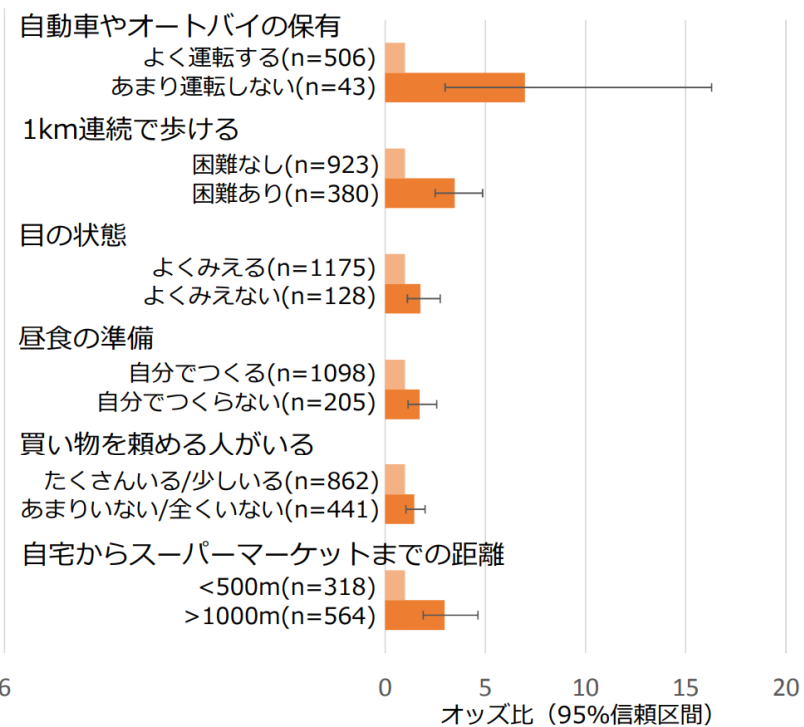
買い物困難感を持つ独居高齢者の割合(男性:14.6%、女性21.7%)

独居高齢者の買い物困難感には、自動車やオートバイの保有、1km連続で歩けること、目が悪いこと、料理のスキルを持っていること、買い物を頼める人がいること、自宅からスーパーマーケットまでの距離が関連していた。

【男性】



【女性】



* 主観的買い物困難感を従属変数としたステップワイズ法によるロジスティック回帰分析
(投入変数: 食物アクセス, 地理的要因, 社会経済的要因, 年齢, 居住地域)

(Ishikawa et al., J Nutr Health Aging, in press)



退院直後の訪問栄養食事指導に関する評価の新設

退院後訪問栄養食事指導料の新設

- 入院中に栄養管理の必要性が高い患者が、安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるよう支援する観点から、退院直後に、入院保険医療機関の管理栄養士が患家等を訪問し、患者又はその家族等に対して、退院後の在宅における栄養管理や食生活に関する指導を行った場合の評価を新設する。

(新) 退院後訪問栄養食事指導料（1回につき） 530点

[対象患者]

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能又は嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者

[算定要件]

- 保険医療機関を退院した対象患者に対して、円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、保険医療機関の医師の指示に基づき、当該保険医療機関の管理栄養士が患家等を訪問し、具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、当該保険医療機関を退院した日から起算して1月以内（退院日を除く。）の期間に限り、4回を限度として算定する。
- この場合において、区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号C009に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。

退院した日から1月以内

1月超～



(新) 退院後訪問栄養食事指導料 (4回まで)

- ✕ 併算定不可
- ・ 外来栄養食事指導料
 - ・ 在宅患者訪問栄養食事指導料
(管理栄養士による居宅療養管理指導【介護保険】)

引き続き、栄養食事指導が必要な場合は、下記を算定可

- ・ 外来栄養食事指導料
- ・ 在宅患者訪問栄養食事指導料
(管理栄養士による居宅療養管理指導【介護保険】)

厚生労働省 令和8年度診療報酬改定の概要
8. 質の高い在宅医療推進

- ◆原因と根拠を明らかにすることが
効果的な栄養介入に繋がる
- ◆そのためには、アセスメントが重要！！
- ◆対象者自身をしっかり診てアセスメントに活かす

