

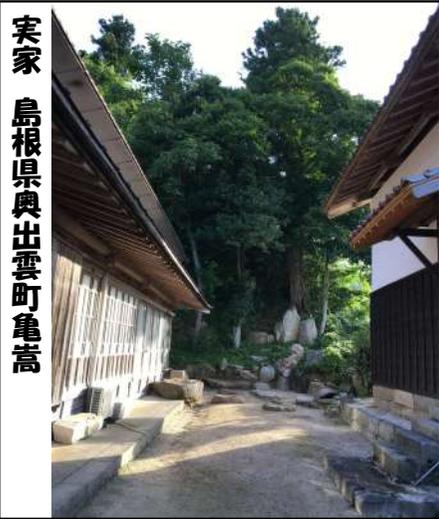
一般社団法人 北海道歯科衛生士会
令和6年度北海道委託事業「食・口腔機能改善専門職等養成研修会」
令和7年3月9日(日)10:00~13:05北海道歯科医師会館4階 第一会議室



高齢者の栄養食事（糖尿病等）支援について ～他職種との信頼関係を築く支援～

川口美喜子
札幌保健医療大学保健医療学部 島根大学医学部特別研究員

出身地



実家
島根県奥出雲町亀嵩



米どころ仁多郡奥出雲町亀嵩
父は、自慢の「繁殖牛」と「仁多米」を育て続けた。
「食べる」を教えられ、鍛えられた。



国立大学法人
島根大学医学部
Shimane University Faculty of Medicine

病院管理栄養士



患者の治療食提供で、最も食べ残しが少ない
最も笑顔になって、食事が話題になる調理

【新米】




左眼の眼球破裂と顎顔面外傷
肩周辺の骨折

五体満足で墓まで持ってけなくて申し訳ない。
両親に申し訳ない。

認知の低下した母さんのための元気になって帰る。



治療中の食事 食形態

ペースト食
七分粥
真鯛の酒蒸し
マッシュポテト
白菜の卵とじ
味噌スープ



342kcal, P:16.6g, F:9.5g、食物繊維 2.4g



僕は、もうご飯を出してもらえないですか。
これでは、もう食べられんけん。



がん患者を孤立させない

がんで苦しむ患者や残された遺族に対しても支援し、
悲嘆に寄り添う
揺れる思い 戸惑い・・・栄養・食事からの支え

患者の本音

「この病気に対して何かできることがないか、何か良い治療方法がないか」

生きる事への強烈な執着

体力の衰えを受け入れ、それなりの穏やかさに達する
「物語最後の一箸・ワンスプーンの食事」を支える

食支援と栄養の意義とはなにか

暮らしを守るには「栄養・食事・食べる」を支える
栄養学的側面と精神・社会的側面の二つが大切

栄養学的側面

食べる人の
・健康を維持・増進し、
・疾病の予防・治療に必要な栄養を満たす

科学的根拠を第一に考え
「死」を遠ざけることを優先的に考える

精神・社会的側面

食べる人の
・食習慣や食文化を満たし、
・心の豊かさや満足感をもたらし、
・人間関係やコミュニケーションの形成に役立つ
= 食べる人のQOLや社会性を高める

「食べる喜びを支え続けることの意味」
「おいしく食べる」を支える

医療の中で、「栄養管理」はやや異端なケア。ある意味、ミラクル（奇跡）です。
科学的根拠に基づかず栄養療法と、説明できない栄養もあり続ける。
セルフケアでは、科学に基づかず療法よりも、「私にとっておいしい」という選択が
実行しやすい。

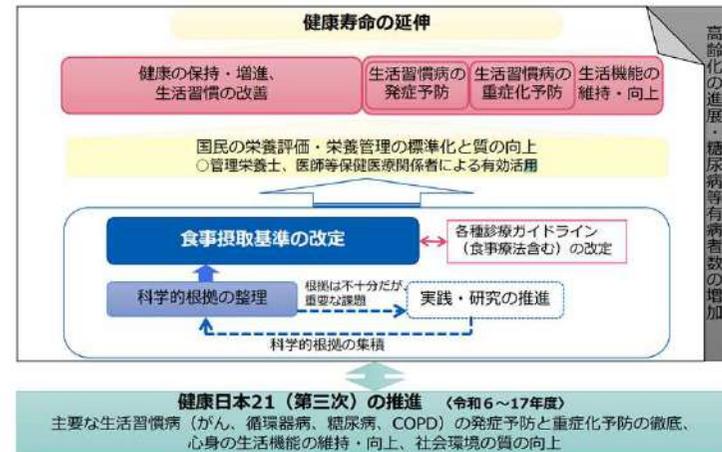
日本人の食事摂取基準(2025版)

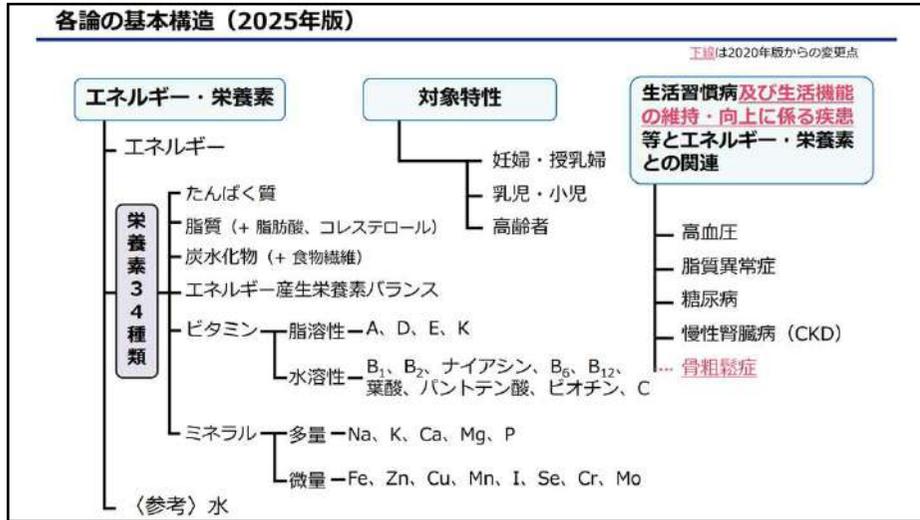
「日本人の食事摂取基準」は、健康増進法（平成14年法律第103号）第16条の2の規定に基づき、国民の健康の保持・増進を図る上で摂取することが望ましいエネルギー及び栄養素の量の基準を厚生労働大臣が定めるもので5年毎に改定する。



<https://nutripreneurblog.com/2024/08/22/dietary-reference-intakes/>

日本人の食事摂取基準（2025年版）策定の方向性





推定エネルギー必要量 (kg/日)

「日本人の食事摂取基準 (2025年版)」 策定検討会報告書
https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001396865.pdf

性別	身体活動レベル ¹	男性			女性		
		低い	ふつう	高い	低い	ふつう	高い
0~5 (月)	—	550	—	—	—	500	—
6~8 (月)	—	650	—	—	—	600	—
9~11 (月)	—	700	—	—	—	650	—
1~2 (歳)	—	950	—	—	—	900	—
3~5 (歳)	—	1,300	—	—	—	1,250	—
6~7 (歳)	1,350	1,550	1,750	1,250	1,450	1,650	—
8~9 (歳)	1,600	1,850	2,100	1,500	1,700	1,900	—
10~11 (歳)	1,950	2,250	2,500	1,850	2,100	2,350	—
12~14 (歳)	2,300	2,600	2,900	2,150	2,400	2,700	—
15~17 (歳)	2,500	2,850	3,150	2,050	2,300	2,550	—
18~29 (歳)	2,250	2,600	3,000	1,700	1,950	2,250	—
30~49 (歳)	2,350	2,750	3,150	1,750	2,050	2,350	—
50~64 (歳)	2,250	2,650	3,000	1,700	1,950	2,250	—
65~74 (歳) ²	2,100	2,350	2,650	1,650	1,850	2,050	—
75以上 (歳) ²	1,850	2,250	—	1,450	1,750	—	—
妊婦(付加量) ³							
初期							+50
中期							+250
後期							+450
授乳婦(付加量)							+350

¹身体活動レベルは、「低い(ふつう)」「高い」の3つのカテゴリーとした。
²「あつち」は自立している者、「低い」は自宅にいてほとんど外出しない者に相当する。「低い」は高齢者施設で自立に近い状態で過ごしている者にも適用できる値である。
³妊婦個々の体格や妊婦中の体重増加量及び胎児の発育状況の評価を行う必要がある。
 注1: 適用に当たっては、食事評価、食事及びBMIの把握を行い、エネルギーの過不足は体重の変化又はBMIを用いて評価すること。
 注2: 身体活動レベルが「低い」に該当する場合、少ないエネルギー消費量に見合った少ないエネルギー摂取量を維持することによるため、健康の保持・増進の観点からは、身体活動量を増加させる必要がある。

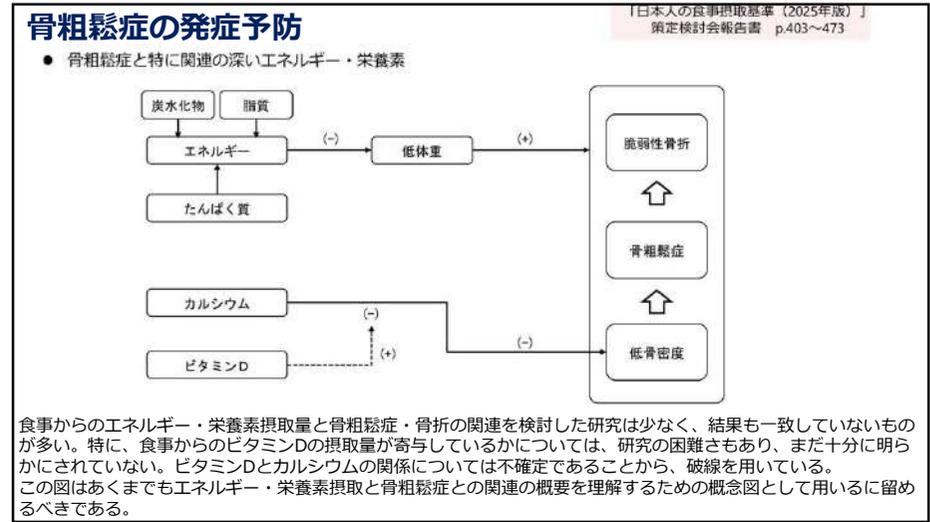
たんぱく質の食事摂取基準

「日本人の食事摂取基準 (2025年版)」 策定検討会報告書
https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001396865.pdf

(推定平均必要量、推奨量、目安量: g/日、目標量: %エネルギー)

性別	年齢等	男性			女性		
		推定平均必要量	推奨量	目安量 ¹	推定平均必要量	推奨量	目安量 ¹
0~5 (月)	—	—	—	10	—	—	—
6~8 (月)	—	—	—	15	—	—	—
9~11 (月)	—	—	—	25	—	—	—
1~2 (歳)	15	20	—	13~20	15	20	13~20
3~5 (歳)	20	25	—	13~20	20	25	13~20
6~7 (歳)	25	30	—	13~20	25	30	13~20
8~9 (歳)	30	40	—	13~20	30	40	13~20
10~11 (歳)	40	45	—	13~20	40	50	13~20
12~14 (歳)	50	60	—	13~20	45	55	13~20
15~17 (歳)	50	65	—	13~20	45	55	13~20
18~29 (歳)	50	65	—	13~20	40	50	13~20
30~49 (歳)	50	65	—	13~20	40	50	13~20
50~64 (歳)	50	65	—	14~20	40	50	14~20
65~74 (歳) ²	50	60	—	15~20	40	50	15~20
75以上 (歳) ²	50	60	—	15~20	40	50	15~20
妊婦(付加量) ³							
初期					+0	+0	-3
中期					+5	+5	-3
後期					+20	+25	-4
授乳婦(付加量)					+15	+20	-4

¹ 範囲に関しては、おおむねの値を示したものであり、弾力的に運用すること。
² 65歳以上の高齢者について、フレイル予防を目的とした量を定めることは難しいが、身長・体重が参照体位に比べて小さい者や、特に75歳以上であって加齢に伴い身体活動量が大きく低下した者など、必要エネルギー摂取量が低い者では、下限が推奨量を下回る場合があり得る。この場合でも、下限は推奨量以上とするのが望ましい。
³ 妊娠(初期・中期)の目標量は13~20%エネルギーとした。
⁴ 妊娠(後期)及び授乳婦の目標量は15~20%エネルギーとした。



骨粗鬆症と栄養

カルシウム

「十分なカルシウム摂取量は骨量の維持に必要であり、カルシウム摂取量が少ないことは低骨量のリスク因子になるといえるが、**中年においてカルシウム摂取量を増やしても、骨密度の低下や骨折を予防する効果は小さい**と考えられる。また、主にサプリメントを用いた介入研究は多いが、特に1,000mg/日以上カルシウムサプリメントを用いた場合に心筋梗塞のリスク上昇が報告されている」として、「1,000mg/日以上カルシウムサプリメントの使用には慎重になるべきであろう」

ビタミンD

カルシウムの吸収を助ける重要な栄養 食事からの摂取を行うとともに、適切な日光曝露を図る

たんぱく質

食事からの摂取を行うとともに、適切な日光曝露を図る

ビタミンC

糖尿病、脂質異常症、高血圧の発症率、慢性腎臓病の発症率との関連

ビタミンK

骨折及び心血管疾患の予防

ナトリウム

生活習慣病の重症化予防

高血圧及び慢性腎臓病（CKD）の重症化予防のため量を設定。

ナトリウムの食事摂取基準（mg/日、（ ）は食塩相当量 [g/日]）¹

性別 年齢等	男性			女性		
	推定平均 必要量	目安量	目標量	推定平均 必要量	目安量	目標量
0～5（月）	—	100 (0.3)	—	—	100 (0.3)	—
6～11（月）	—	600 (1.5)	—	—	600 (1.5)	—
1～2（歳）	—	—	(3.0未満)	—	—	(2.5未満)
3～5（歳）	—	—	(3.5未満)	—	—	(3.5未満)
6～7（歳）	—	—	(4.5未満)	—	—	(4.5未満)
8～9（歳）	—	—	(5.0未満)	—	—	(5.0未満)
10～11（歳）	—	—	(6.0未満)	—	—	(6.0未満)
12～14（歳）	—	—	(7.0未満)	—	—	(6.5未満)
15～17（歳）	—	—	(7.5未満)	—	—	(6.5未満)
18～29（歳）	600 (1.5)	—	(7.5未満)	600 (1.5)	—	(6.5未満)
30～49（歳）	600 (1.5)	—	(7.5未満)	600 (1.5)	—	(6.5未満)
50～64（歳）	600 (1.5)	—	(7.5未満)	600 (1.5)	—	(6.5未満)
65～74（歳）	600 (1.5)	—	(7.5未満)	600 (1.5)	—	(6.5未満)
75以上（歳）	600 (1.5)	—	(7.5未満)	600 (1.5)	—	(6.5未満)
妊婦	—	—	—	600 (1.5)	—	(6.5未満)
授乳婦	—	—	—	600 (1.5)	—	(6.5未満)

¹ 高血圧及び慢性腎臓病（CKD）の重症化予防のための食塩相当量の量は、男女とも6.0 g/日未満とした。

ナトリウム/カリウム比（ナトカリ比）

ナトリウム



カリウム



健常者に対する目標値

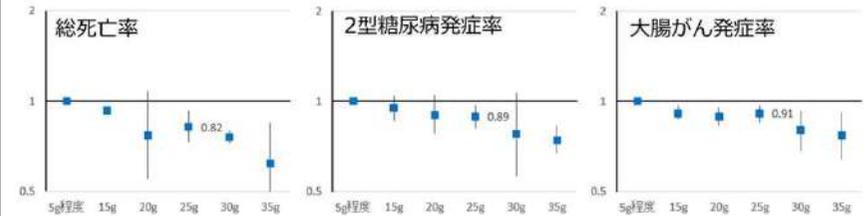
カテゴリ	平均尿Na/K比
至適目標	2 未満
実現可能目標	4 未満

わが国の食事摂取基準（食塩・カリウム）を満たす指摘目標
日本人の平均値を下回るための実行可能目標
目標値は得敵の疾患を有する患者向けではない
（出典：日本高血圧学会）

食物繊維「1日25グラム」を推奨

2020年版の「日本人の食事摂取基準」 食物繊維の目標量 18～64歳で1日あたり 男性21g以上、女性18g以上
2019年の「国民健康・栄養調査」の結果
20～29歳の平均16g、30～39歳の平均17gと目標を大きく下回る

メタ・アナリシスの結果



#20613. Reynolds A, et al.Lancet 2019; 393(10170): 434-45.

七訂→八訂の食物繊維総量/100 gは、

精白米：0.3g→1.5g 増加
玄米：1.4g→1.4g 変化なし

新しい測定法（AOAC.2011.25法）で測定
七訂で用いられたプロスキー変法のまま

<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001396865.pdf>

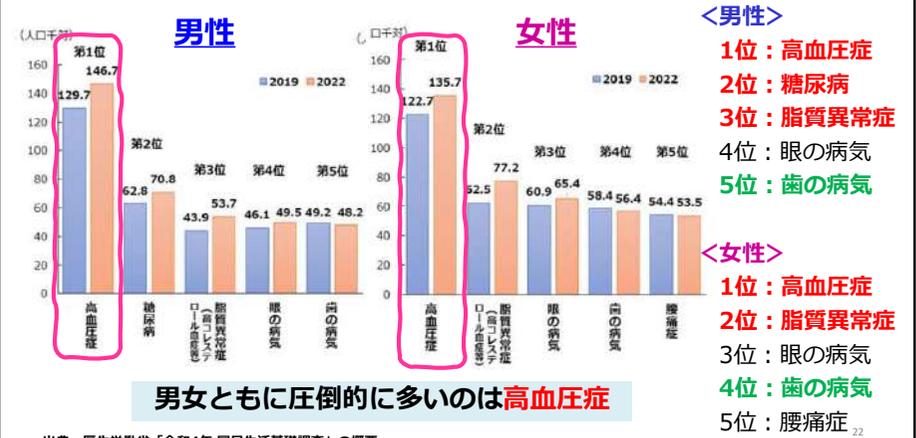
鉄の耐容上限量の削除

鉄の過剰摂取がもたらす影響について

- ・食事からの鉄摂取が多くても、体内での調整機能が働く
- ・遺伝的要因が関与する場合を除き、過剰障害のリスクは無視できる
- ・個々の健康状態に応じて必要量が異なることが判明

成人男性で1日あたり45mg、成人女性で40mgとされていた鉄の耐容上限量が削除

性別にみた通院者率のトップ5傷病



健康・長寿を目指す体質と生活を考える 健康長寿に必要な生活習慣病対策：久山町研究の成績より

予防、早期治療の総合的な対策を講じて認知症の増加に歯止めをかける

福岡県久山町疫学調査（久山町研究）の成績

久山町における65歳以上の高齢者における認知症有病率は有意に増加

1985年	6.7%	受診率 95% (受診者 887人)	
2012年	17.9%	94% (受診者1904人)	アルツハイマー病の有病率の増加

認知症発症の危険因子

糖尿病と認知症発症の関係 糖尿病患者における認知症発症の相対危険（多変量調整後）は、正常者に比べ1.74倍有意に高かった。

認知症の病型別にみると、糖尿病は**アルツハイマー病の発症リスクの上昇**に関与

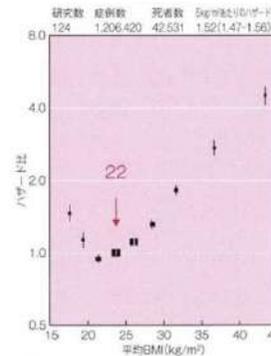
中年期高血圧、喫煙、睡眠障害、歯牙喪失、慢性腎臓病、筋力低下も認知症発症の有意な危険因子

豆腐、野菜、牛乳を中心とした食習慣や定期的な運動習慣を有する者は認知症発症のリスクが有意に低い

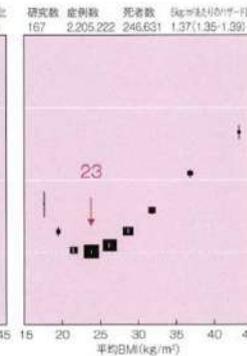
将来の認知症の発症を予防するためには、早期より高血圧や糖尿病、喫煙などの危険因子を管理するとともに、食生活や運動習慣を是正することが重要である。

日本体質医学会雑誌(1347-7137)80巻3号 Page211(2018.08)

ベースライン年齢 35~49歳



ベースライン年齢 50~69歳



ベースライン年齢 70~89歳

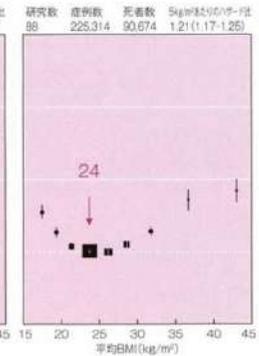
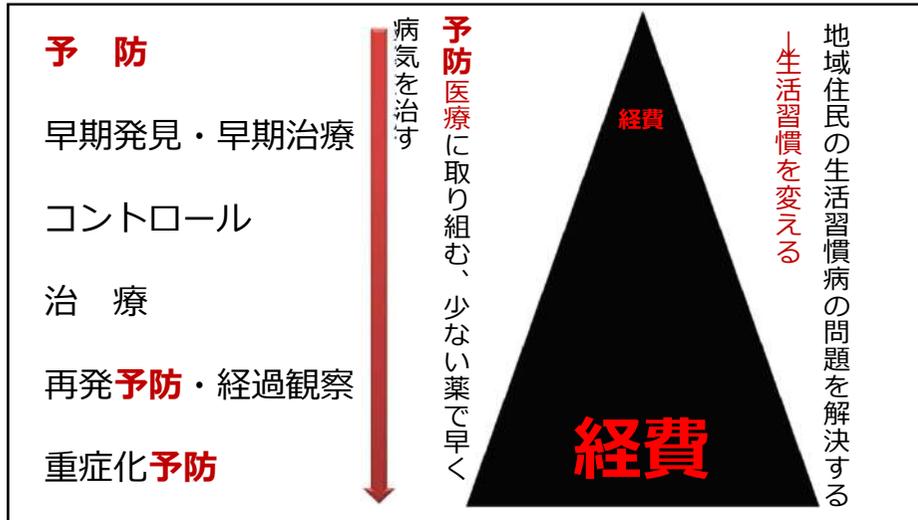
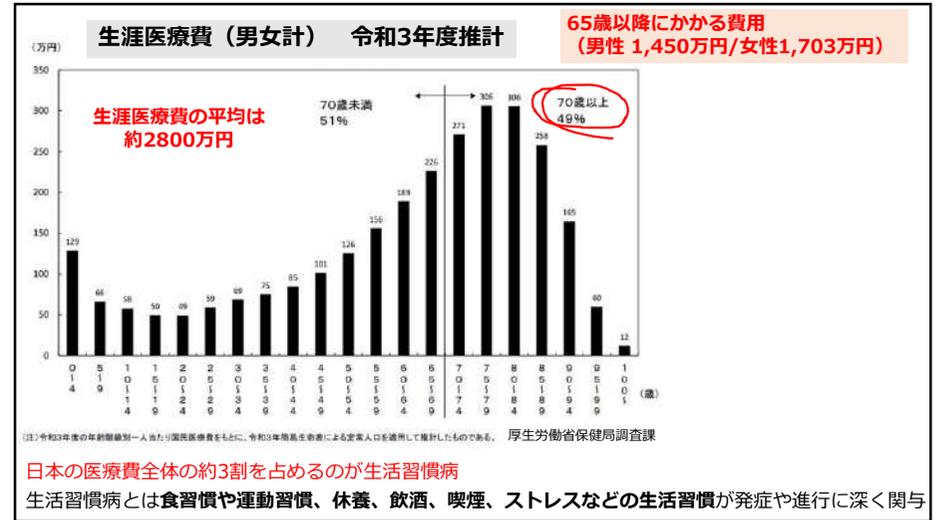
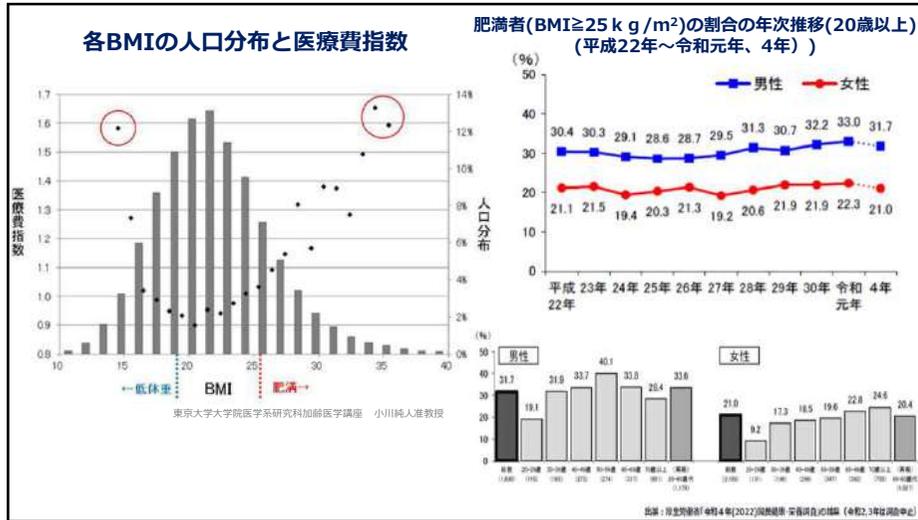


図1 BMIと死亡の関係を見たコホート研究のメタ解析

(Global BMI Mortality Collaboration, Lancet 2016; 388(10046): 776-86⁸⁾より



予 防

予防には、**総論賛成**で**各論反対**

良いとわかって分かっているし、必要と考える。

分かっちゃいるけど実行できない、止められない。

運動・トレーニング・禁煙・節酒

口腔機能低下の予防

参考：村上智彦「医療にたかるな」、新潮新書

食後高血糖を防ぐ 食後の高血糖がターゲット

糖尿病

食後高血糖を押さえる

- ・食事はゆっくり噛んで食べること
- ・早食いは禁物
- ・食事のはじめに野菜など比較的吸収がゆっくりだといわれる食べ物をいただきます。

将来のリスク

- 心筋梗塞
- 脳梗塞

血管内皮細胞が傷つき、動脈硬化が進行する

高血糖はフレイル、転倒、骨折をきたしやすい

HbA1c 8.0%以上

危険因子

- フレイル (Kalyani RR et al. 2012) ⁶⁾
- 筋肉の質低下 (筋力/筋肉量) (Park SW et al. 2006) ⁷⁾
- 転倒傷害による入院 (Yau RK et al. 2013) ⁸⁾
- 骨折関連の入院 (Schneider AL et al. 2013) ⁹⁾

歩行速度低下

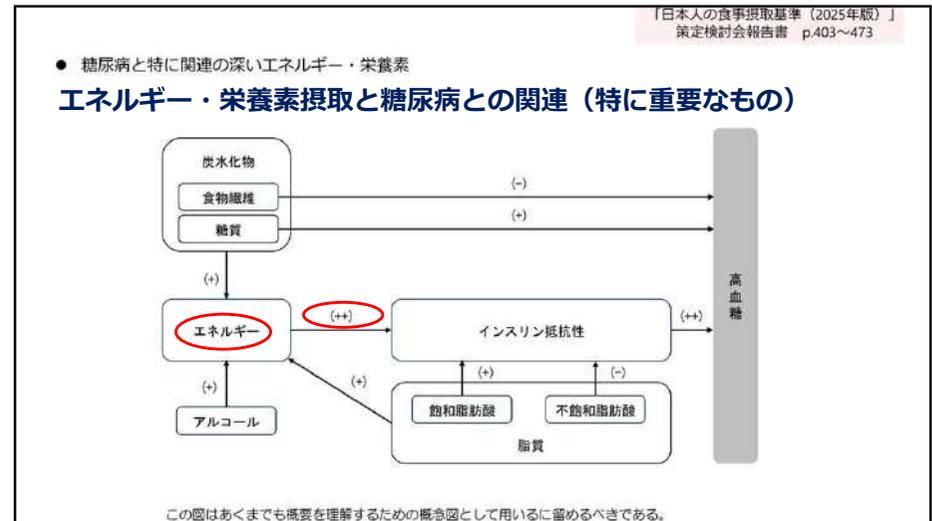
転倒

骨折

高齢糖尿病患者では、特に高血糖、重症低血糖、動脈硬化性疾患の合併がフレイルの危険因子として重要。

高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 (HbA1c値)

患者の特徴・健康状態 ^(注1)	カテゴリーⅠ	カテゴリーⅡ	カテゴリーⅢ	
		①認知機能正常 かつ ②ADL 自立	①軽度認知障害～軽度認知症 または ②手段的 ADL 低下、基本的 ADL 自立	①中等度以上の認知症 または ②基本的 ADL 低下 または ③多くの併存疾患や機能障害
重症低血糖が危惧される薬剤 (インスリン製剤, SU薬, グリニド薬など) の使用	なし ^(注2)	7.0%未満	7.0%未満	8.0%未満
	あり ^(注3)	65歳以上 75歳未満: 7.5%未満 (下限 6.5%) 75歳以上: 8.0%未満 (下限 7.0%)	8.0%未満 (下限 7.0%)	8.5%未満 (下限 7.5%)



高齢患者の目標体重とエネルギー係数の目安

年齢による目標体重の目安

65歳未満 : [身長 (m)]² × 22
 前期高齢者 (65~74歳) : [身長 (m)]² × 22~25
 後期高齢者 (75歳以上) : [身長 (m)]² × 22~25*

※ 75 歳以上の後期高齢者では現体重に基づき、フレイル、ADL 低下、合併症、体組成、身長短縮、摂食状況や代謝状態の評価を踏まえ、適宜判断する。

身体活動レベルと病態によるエネルギー係数

- ① 軽い労作 (大部分が座位の静的活動) : 25~30 (kcal/kg)
- ② 普通の労作 (座位中心だが通勤・家事、軽い運動を含む) : 30~35 (kcal/kg)
- ③ 重い労作 (力仕事、活発な運動習慣がある) : 35~ (kcal/kg)

高齢者のフレイル予防では、身体活動レベルより大きい係数を設定できる。また、目標体重と現体重との間に大きな乖離がある場合には、以下の目安を参考に柔軟に係数を設定する。

1日の必要エネルギー量 = 目標体重 × 身体活動レベルによるエネルギー係数 (kcal/kg)

血圧にもコントロールの目標

65~74歳 130/80mmHg 未満
 75歳以上 140/90mmHg 未満 (75歳以上で忍容性がある場合130/80mmHg未満)
 糖尿病患者で更なる降圧が可能な場合 130/80mmHg 未満

日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編・高血圧治療ガイドライン2019、ライフサイエンス出版、2019、P.124をもとにテルモ作成

私は血圧をどのくらい下げればよいのですか?
 糖尿病の人には、130/80mmHg未満というとくに厳しい降圧目標が設定されています。

糖尿病の人の降圧目標値	
診察室血圧	130/80mmHg未満
家庭血圧	125/75mmHg未満

過度の血圧降下は良くない



高齢者では血圧を下げると転倒や骨折の危険性が高まる

血管を劣化させる動脈硬化

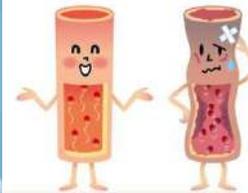


全長10万キロメートル
地球2周半

動脈、毛細血管、静脈など
全ての血管の合計

地球一周の距離(外周)はおおよそ4万キロメートル

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版



動脈硬化疾患予防のための食事療法

- 適量に注意し、適正な体重を維持する
 - 総エネルギー摂取量 (kcal/日) は、一般に目標とする体重 (kg) × 身体活動量 (軽い労作で25~30、普通の労作で30~35、重い労作で35~) を目指す。
- 肉の摂取、動物性脂肪、塩分、飽和脂肪酸の摂取を減らす
 - 肉の摂取を減らし、植物性タンパク質を増やす。
- 脂肪エネルギー-総エネルギー比を20~25%、飽和脂肪酸エネルギー-総エネルギー比を7%未満、コレステロール摂取量を200mg/日未満に抑える
 - トランス脂肪酸の摂取を減らす。
 - トランス脂肪酸の摂取を減らす。
- 米類を主食とし、雑穀類を積極的に摂取し、海藻、大豆および大豆製品、アツコ類の摂取を推奨する
 - 水溶性食物繊維の摂取を25g/日以上を目安とする。
- 糖質含有量の少ない果物を適量に摂取し、果糖を多く含む加工食品の大量摂取を避ける。
- アルコールの適量摂取を促す。25g/日以下に抑える。
- 食塩の摂取は5g/日未満を目安とする。

* 1日のエネルギー摂取量 (kcal) : 1400~1700 (50~60kg/日)、1700~2000 (60~74.9kg/日)、2000~2300 (75~89.9kg/日)
 † 1日の総エネルギー摂取量 (kcal) : 1400~1700 (50~60kg/日)、1700~2000 (60~74.9kg/日)、2000~2300 (75~89.9kg/日)

<2022年度版>

糖尿病がある場合のLDLコレステロール (LDL-C) の管理目標値について、末梢動脈疾患、細小血管症 (網膜症、腎症、神経障害) 合併時、または喫煙ありの場合は100mg/dL未満とし、これらを伴わない場合は120mg/dL未満とした。

食生活工夫で動脈硬化を防ぎましょう



生活習慣改善のポイント

①減塩する (食塩は1日6g未満)

②野菜、果物、魚は積極的に、コレステロールや飽和脂肪酸(肉)は控えめに

③適正体重を維持する (BMI25を超えない) ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)

④運動療法 (有酸素運動(ウォーキングや水泳など)を毎日30分以上)

⑤お酒は控えめに

⑥禁煙(受動喫煙も含む)

日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編:高血圧治療ガイドライン2019、ライフサイエンス出版、2019、P.64をもとにテルモ作成

腸内フローラが乱れると血糖コントロールも乱れる

腸内環境は、不規則な食生活や運動不足、ストレスやなどの生活環境や加齢によって悪化する

腸内フローラが乱れることで、腸内でのみ生息しているはずの腸内細菌が血液中で検出され、**炎症**を引き起こしている可能性があるという。

インスリン抵抗性は、インスリンが体の中で効きにくくなっている状態。インスリン抵抗性により糖が十分に体の中に取り込まれなくなると、血糖が上昇する。肥満や運動不足などが原因だが、**腸内フローラのバランスが乱れ**により慢性的な炎症が起こることも一因になっているという。

腸内環境の改善により2型糖尿病に伴う炎症を抑制し、インスリン抵抗性を改善できるようになる可能性がある。

39

糖尿病と便秘

高齢になるほど便秘に悩む

75歳以上

男性 96.2
女性 104.6



便秘の自覚症状を訴える有訴者率は若年数では女性に多いが、70歳以降になると男女ともに増え、男女比がほぼ1:1となる (データ:平成28年国民生活基礎調査)

糖尿病と便秘の関係

糖尿病 便秘症状のある人の割合 28.6%

「たかが便秘、されど便秘」今や “治療が必要な病気”

便秘はどう治療すればいい？

- 主治医に相談
- 治療薬のチェック
- 生活面の改善
 - 食物繊維の摂取
 - 適度な運動
 - 腸内環境を整えよう



41

高齢者糖尿病の食事療法の目的

ビタミンD低下
➡
サルコペニア

ビタミンB2・カロチン摂取低下
➡
認知機能低下

タンパク質摂取低下
➡
筋肉量および下肢機能低下

➡
フレイルに関連

42

糖尿病患者に起こる栄養不良の二重負荷の問題 (Double Burden of Malnutrition : DBM)

←
→

30
40
50
60
70
80
90(歳)

生活習慣病予防

- ① 肥満 (内臓脂肪型肥満) ⇨ エネルギー制限
- ② 糖質・脂質代謝異常 ⇨ 糖質、脂質制限
- ③ 高血圧 ⇨ 食塩制限

過剰栄養対策

介護予防

- ① サルコペニア・フレイル ⇨ たんぱく質の確保
- ② 摂食・嚥下機能低下 ⇨ エネルギー量の確保
- ③ 骨粗鬆症 ⇨ カルシウム、ビタミンD
たんぱく質、ビタミンC、ビタミンK

低栄養対策

高齢者糖尿病 (65歳以上) と老年症候群



44

高齢者糖尿病と栄養 ⇨ 複雑化

「栄養不良の二重負荷」

過栄養 (肥満) 対策

高血圧や糖尿病では、アルツハイマー型認知症が多い。
中年期では生活習慣病を厳密に管理することで、認知症発症を減らせることが期待される。

従来通りの各種栄養素の制限を強いる指示栄養量の設定

「サルコペニア・フレイル」

高齢者糖尿病 (65歳以上) と老年症候群

食欲不振・食事摂取量低下を招きやすい

身体機能の低下

精神面

嚥下機能低下

咀嚼機能の低下

味覚の低下

意欲の低下

嗜好

健康や生活への不安

孤独 など

「オーラルフレイルの概念」「歯の問題」



糖尿病患者に起こる栄養不良の二重負荷の問題 (Double Burden of Malnutrition : DBM)

44

食事の指導を難しくしている要因

- ・食に対する価値観
- ・食品の多様化
- ・食習慣の変化
- ・食環境の変化

食習慣の変貌



これだけ食べれば健康に！はケン



現代の患者背景と浮き彫りにされる問題

食事療法の対象となる患者のうち

調理する習慣がない

調理ができなくなった

中食・外食・コンビニ利用者が約90%占める

といった問題が浮き彫り

46

みのもんたさん死去 80歳



1980年代 40歳を過ぎに糖尿病と診断

2019年 国指定難病パーキンソン病と診断

高級焼き肉屋で、食事（牛タン）のどに詰まらせ今年1月に病院に搬送

パーキンソン病の進行による嚥下機能の低下

高齢になると、身体機能の低下や基礎疾患の存在が、病状の悪化や回復の遅れとなる

47

健康を維持する・病気をコントロールする食事療法



**食事療法の継続は
食事という楽しみを享受する**



食事療法は毎日の食事違う

個人差が大きい

たくさん食べて健康になる、病気を治す食品はない



**食事療法は、医療
の中で特殊なケア**



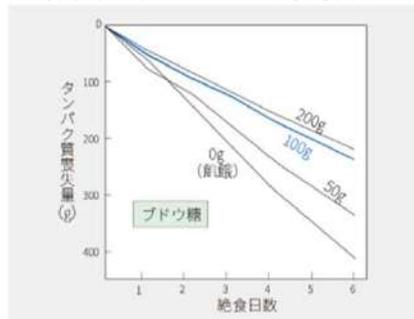
多彩で幅広い背景をもった患者

中高年は「おぼけタンパク質」にご用心！

- ◎糖質不足で、せつせと食べるタンパク質が「おぼけタンパク質」
- ◎ご長寿さんが食べていたのはステーキだけではなかった
- ◎病気にならないために「アレは食べる」「コレは食べない」
- ◎「お水は1日...」
- ◎脱水症
- ◎血圧
- ◎夕
- ◎出カ
- ◎「黒豆し...」
- ◎重い包丁と鍋を指...
- ◎長生きの秘訣は、かかりつけの「歯医者さん」と仲良し
- ◎認知症の人の「食べる」の支え方
- ◎中年以降は「物語を語れるごはん」の回数を増やそう




糖質のタンパク節約作用



JAMES L. GAMBLE: 水と電解質, 医歯薬出版

タンパクの分解を抑えるためには、エネルギー源として十分な糖質の投与が必要です。Gambleの報告では、**1日あたり100gのブドウ糖を投与すると**、筋肉などの分解によるタンパク質喪失を約1/2に抑制できます。

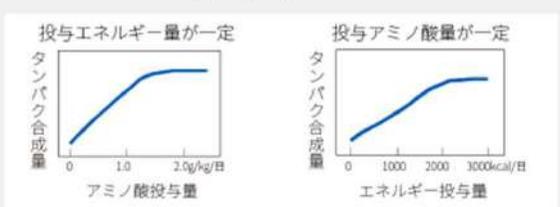
しかし、タンパク質喪失を抑えるためには、ブドウ糖の投与だけでは限界があり、アミノ酸の投与が必要となります。

糖質とタンパク質の関係

医療的
予防・治療には
食事と栄養が基本

十分なエネルギー → タンパク合成に利用
エネルギー不足 → エネルギーとして消費

アミノ酸



タンパク質は筋肉や臓器などからだの構成成分です。しかし、エネルギー源となる糖質や脂質などが不足すると、アミノ酸がエネルギーとして使われ**（糖新生）**、タンパク合成に利用されません。

アミノ酸やエネルギーの投与量を多くすると、タンパク合成量は増加しますが、一定量を超えるとそれ以上投与してもタンパク合成量は増加しません。すなわち、**エネルギーとアミノ酸をバランス良く**投与する必要があります。



- 5g
- 10g
- 20g
- 25g

1日3食の主菜でとるたんぱく質(g)の例

朝

- ゆで卵 1個 6g
- チーズ 1枚 5g

昼

- 豚ロース薄切り 2枚 60g 11g
- 1パック 40g 6.5g

夜

- 鮭切り身 65g 14g
- 木綿豆腐 100g 7g
- 180mL 6g

1日合計 56.5g

主菜と牛乳で45g摂るようにします

1日3食の食事(1600kcal)摂取する平均的たんぱく質摂取量 (g)



情報の認知を歪める心理効果

経験談の魔力

- ・ウィンザー効果
- ・吊橋効果

権威者の虚実

- ・権威への服従心理
- ・ハロー効果

集団心理の罠

- ・バンドワゴン効果
- ・同調現象

数字のトリック

- ・シャルバンティエ効果
- ・フレーミング効果

島根大学医学部附属病院 臨床研究センター 大野 聖

「タウリン1g」よりも「タウリン1000mg」、「ビタミンC1g」よりも「ビタミンC1000mg」と表示されている方が、たくさん入っているように錯覚してしまうことはないでしょうか。このように同じことを表すのに、表現方法が違うだけで受け取り側の印象が変わる現象を「フレーミング効果」

先日、初老の女性が話しかけてくれました。

「朝や昼にはたまごを食べて、納豆や小魚を食べて、もうそれでお腹いっぱい。夜は刺身と豆腐を食べたら、主食のごはんは食べられない。でも、年をとったらタンパク質が大事で、ごはんは食べなくてもいいんですよね。筋肉を減らさないように、がんばっています」と。



「あなたは、その食事がおいしいですか？」
 「本当はごはんといっしょにお魚を食べるほうがおいしい。でも我慢しています。タンパク質を食べたら、食べられないから」
 ご主人にもタンパク質優先で食事を出しているそうで、長年、「低脂肪の食事」も心がけてきたそう。おかげで夫婦そろって痩せ型で、メタボとは無縁でした。しかし、さらに体重が落ちてきたので、ちょっと心配になってきた。

これは一大事！ なぜならその体重低下は、彼女やご主人が危惧する筋肉の減少や、フレイル（加齢による虚弱）の始まりのサインかもしれないからです。

「ごはんを食べたかったです」思わず涙ぐんだ夫人

筋肉を維持するため、免疫力を高めるために、
「タンパク質を食べなければ！」・・・はて！

高齢期に入り、全体的に食べる量が減ったり、消化や吸収する能力が低下していたりする場合にも、偏食が思いもよらぬ悪影響を及ぼすことは多い。

「ね、だからごはんを食べよう！ タンパク質はたまごでも、豆腐でも、お刺身でも、1品でいいから、ごはんを食べよう。〇〇さん夫妻なら、低脂肪にこだわることはないし、極端に脂質を増やす必要もない。とにかく、ごはんやパンを普通に食べて、毎日の食事がもっとおいしくなるように変えてみましょう」

彼女は目に涙を浮かべて「ごはんとお刺身、一緒に食べたらおいしいですね。ごはんを食べたかったです」と、うれしそうに微笑みました。



100ml

エネルギー：10kcal
タンパク質：0g
脂質：0g
炭水化物：2.5g
食塩相当量：0.292g
カリウム：78mg
マグネシウム：2.4mg
リン：6.2mg
ブドウ糖：1.8g
塩素：177mg



オーエスワンは、脱水症のための食事療法（経口補水療法）に用いる経口補水液です。軽度から中等度の脱水症における水・電解質の補給、維持に適した病者用食品です。

下記の状態等を原因とした脱水症の悪化防止・回復、脱水症の回復後も下記の状態等における水・電解質の補給、維持にご利用ください。
感染性腸炎、感冒による下痢・嘔吐・発熱、高齢者の経口摂取不足
過度の発汗 また、脱水を伴う熱中症にもご利用ください。

摂取上の注意

下記の1日当たり目安量を参考に、脱水状態に合わせて適宜増減してお飲みください。

学童～成人（高齢者を含む）：500～1000mL/日
幼児：300～600mL/日
乳児：体重1kg当たり30～50mL/日

医師から脱水症の食事療法として指示された場合にお飲みください。医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、登録販売者の指導に従ってお飲みください。食事療法の素材として適するものであって、多く飲用することによって原疾患が治癒するものではありません。

100ml

エネルギー：10kcal
タンパク質：0g
脂質：0g
炭水化物：2.5g
食塩相当量：0.292g
カリウム：78mg
マグネシウム：2.4mg
リン：6.2mg
ブドウ糖：1.8g
塩素：177mg

500ml

エネルギー：50kcal
タンパク質：0g
脂質：0g
炭水化物：12.5g
食塩相当量：1.46g
カリウム：390mg
マグネシウム：12.0mg
リン：31.0mg
ブドウ糖：9.0g
塩素：885.0mg



管理栄養士には「治せない」

食事と栄養は本人の関与が不可欠

管理栄養士は「自立を支える」

高齢者は、弱い者ですか
お年寄り、支えられる者ですか

➡ 最期まで自立した生活を目指す

予防は、支える医療

↓

コミュニケーションが重要

時代おくれ
河島英五
作詞：阿久悠
作曲：森田公
2002/11/20

「食べる」から人の心を見つめつづける

**生活習慣病の予防と
おいしい食事を習慣化できる工夫**

朝食

昼食

夕食

1600 Kcalの食事例

<p>主食 炭水化物</p>	<p>主菜 たんぱく質 脂質</p>	<p>副菜 ビタミン ミネラル</p>
<p>汁物</p>		

フレイル予防・疾患コントロールの食事スタイル

健康な食事を提案しつづける

牛乳・チーズ

大豆類

ご飯・パン・麺類

みそ汁・スープ類

バランスマット

©iyou しまね

監修：島根大学医学部保健福祉学 川口 美香子 さん (管理栄養士・医学博士)

今を楽しむ
今、美味しく食べる

バランスの良い食事を摂るためのお皿

66

バランスの良い食事を摂るためのプレート

67

68

こぼれ話

プレートの文字や絵は、認知症方にとっては、好ましくないのでは……？

69

コンビニの惣菜やお弁当をプレートに入れ替えて、バランスの良い食事を確認

70

パパも食育に参加ができて嬉しい！！

71

プレート食でバランスよく量もきっちり→血糖コントロール

溢れる「栄養・食事不良難民」

「栄養・食事不良難民」とは、

フレイル、がんに伴う食に問題を抱えている孤立者と高齢者集団

住み慣れた地域で自分らしい在宅生活を続ける食支援のために

健康や生活のリスクを放置しないために栄養・食事支援を置き去りにしない方策が必須であり、管理栄養士の使命がある。

老いの苦しみ・喪失の辛さ

見えない 聞こえない 新しいことが分からない

なんて情けない自分になってしまったのだろう

親しい人が、病院や施設に入所したり、なくなってもう会えない

明日は我が身よ

自分自身に対する不安。不満、苛立ち。

自分にも、他人にも優しくなれない。

時には攻撃的になったり、恨む気持ちを抑えられない

孤立を遠ざける

「食べる」と「しゃべる」を閉ざさない⁷⁴

食と栄養支援でつなぐ地域

「望む暮らしのなかで、最期までどう生きるか」

自分が選び実践する時代

“自分らしく生きる” は簡単な事ではない

75

孤立を遠ざける

「食べる」と「しゃべる」を閉ざさない

「食べる口」と「しゃべる口」の

健康を維持して、「孤独を遠ざける」

生きていくために食べ続けなければならない

身体に必要な物質を届けるために飲み込む力を

維持しなければならない







フレイル・ドミノを防ぐ

「身体的フレイル」と「社会的フレイル」と「精神的フレイル」

どのフレイルから始まり

どのような連鎖を起すか



多面性

何から どこから 予防しよう 改善しよう



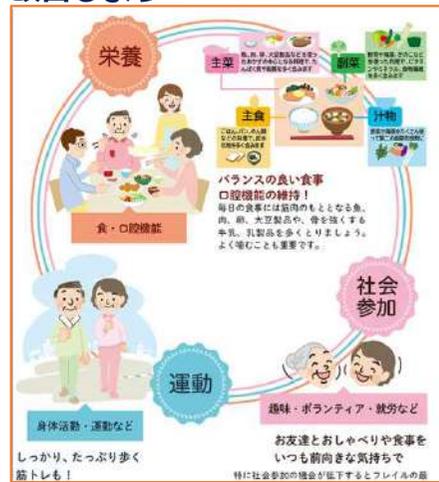
何から どこから 予防しよう 改善しよう

あなたの「笑顔」は、

- あなたが
- 家族が
- 知人が
- 地域が
- 社会が

共に、ちょっとした知識と
ちょっとした努力で歩みだすことです。

さあ、何から始めてみましょうか。



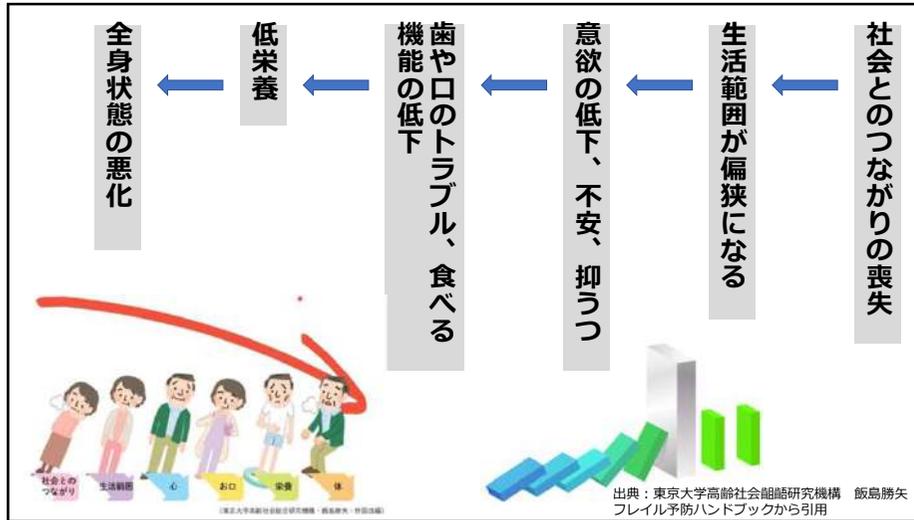
食べる楽しみ、生きる喜びを失った。
「生きるためにわずかに食べています。」

半年後

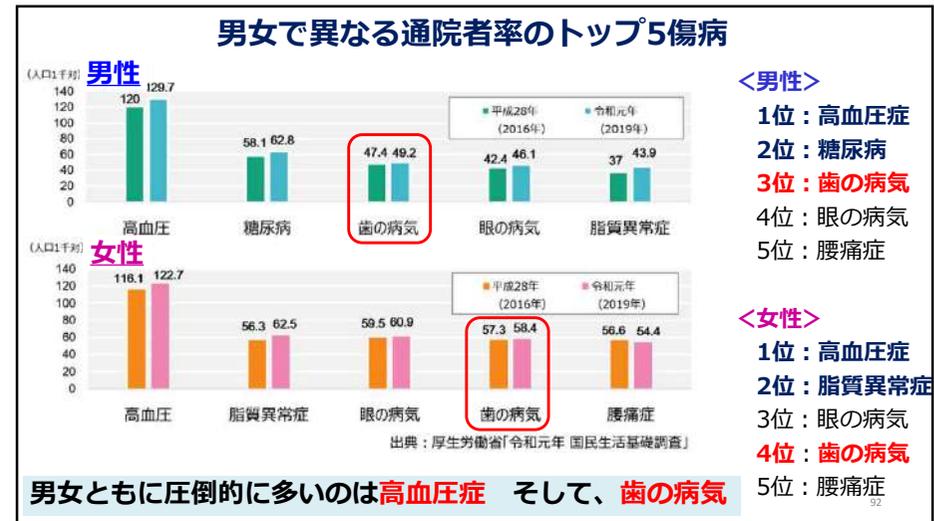


「生きて、おたれたのねえ」

「数年前までは、地区の役員もして、元気だったのに、突然、姿を見なくまたから……」



在宅療養者・施設入所者の
低栄養予防・重症化予防には
栄養と口腔・嚥下機能評価
連携が重要



量よりも質を重視

食べ物は、美味しいと感じなければ、食が進まない

医療・治療に伴うよろこびの低下や消失

食べられない 食べたくない 美味しくない

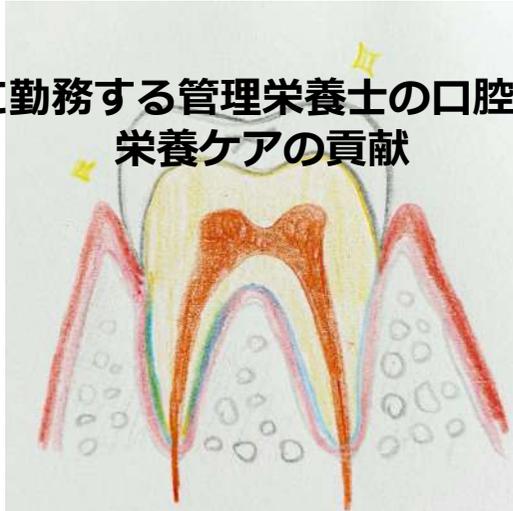
嗜好の問題・口腔ケア

食べるよろこびや自身の回復

食べられた 食べたい 美味しい

治療の継続・体力・気力・QOLの向上

歯科に勤務する管理栄養士の口腔からの 栄養ケアの貢献



地域包括ケアで実践する保険外サービス

歯科外来 栄養食事指導

歯科医師・歯科衛生士と管理栄養士が連携した
口腔ケアと栄養管理

子供の食生活
生活習慣病
妊婦と乳幼児
口腔機能発達不全
口腔機能および嚥下機能が低下 などの栄養食事指導

歯科に勤務する管理栄養士の口腔からの栄養ケアの貢献

歯科医師と管理栄養士が連携した口腔ケアを含めた栄養指導

- 口腔機能低下の予防
- 子供の食生活
- 生活習慣病
- 妊婦と乳幼児
- 口腔機能発達不全

患者の健康に関する価値観を高め

口腔内から身体全体の健康に至るケアを実現

食べることに関連する身近な相談ができる場でもあり、医師や歯科衛生士と連携した管理栄養士は健康予防の歯科医療の面で大きな役割を担う。

地域歯科医院へ通院する患者は、50歳を超える頃より口腔機能低下症が増加する傾向がある



外来通院する患者の多くは、口腔への意識が比較的保たれていることが多い。

自己解決意欲の高い世代に対する、口腔・嚥下機能を維持するために予防的な相談の場が有効である。

外来栄養相談の体制構築 栄養相談オーダー票

- 栄養相談項目は詳細に作り、簡便に依頼できる。
- 患者の希望する血糖コントロール等の栄養相談も実施。



パーソナル健康サポート

外来栄養相談料金

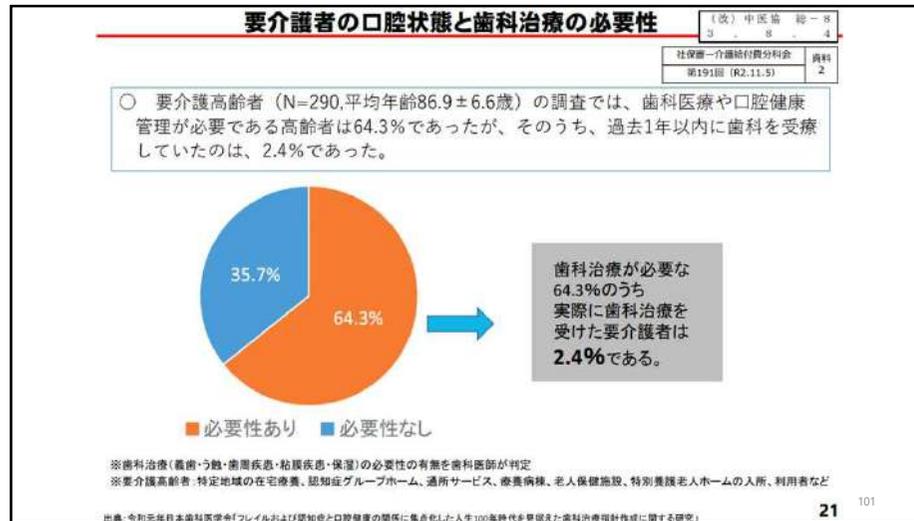
初回 1,060円
継続 860円

栄養相談オーダー票 (成人)		依頼日	年	月	日
加齢No.					
氏名	<input type="checkbox"/> 主治医				
生年月日	年	月	日	(歳)	<input type="checkbox"/> DHI,N6,DA,MT
栄養相談日	年	月	日	~	予約日: 月-火-水-金-土
栄養相談内容 <small>当りよる項目に印を入れてください</small>					
食事・栄養に関連した相談内容 (特記すべきことがあれば記入ください)					
【口腔内の調音】	【食事・栄養問題】	【その他の症状 (あれば)】			
<input type="checkbox"/> 噛めない	<input type="checkbox"/> 食欲不進	<input type="checkbox"/> 便秘			
<input type="checkbox"/> 咬合力低下	<input type="checkbox"/> 過食	<input type="checkbox"/> 下痢			
<input type="checkbox"/> 口腔乾燥	<input type="checkbox"/> 食事量の低下	<input type="checkbox"/> 貧血			
<input type="checkbox"/> 口内炎	<input type="checkbox"/> 偏食	<input type="checkbox"/> 脱水			
<input type="checkbox"/> 顎関節症	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 足踏			
<input type="checkbox"/> 乾舌		<input type="checkbox"/> やせ			
<input type="checkbox"/> インプラント術後		<input type="checkbox"/> その他			
<input type="checkbox"/> 矯正中					
【全身状態】					
<input type="checkbox"/> 体力低下	<input type="checkbox"/> 体重増加 (著しい緩やか)				
<input type="checkbox"/> 筋力低下	<input type="checkbox"/> 体重減少 (著しい緩やか)				
<input type="checkbox"/> その他					

栄養指導計画書			
ID:	名前:		
項目	2022/1/10	2022/3/11	2022/5/9
体重(kg)	45.0	45.5	46.0
BMI(kg/m ²)	18.5	18.7	19.0
エネルギー(kcal)	1300	1500	1500
タンパク質(g)	40	45	50
骨密度(g/cm ²)			
その他	ADEs		
【項目】 達成率			
①	達成率 100%		
②	達成率 100%		
③	達成率 100%		
<input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士より 目標: 体重を1kg増やす 今日からの目標 ① 断食にヨーグルトを追加する ② 断食に納豆を追加する ③ タラ20分散歩する			
継続指導 (要/不要) _____ 次回受診をあわせてご予約下さい。 ・継続指導予約を致しました。			

栄養食事指導報告書		主治医:	先生
指導実施日	年 月 日	管理栄養士:	
氏名:	(姓)	(S:主観的データ O:客観的データ A:評価 P:計画)	
身長	cm	体重	kg
骨密度	g/cm ²	BMI	kg/m ²
エネルギー	kcal	蛋白質	g
脂質	kcal	糖質	g
炭水化物	kcal	水分	g
食塩	g	その他	
アルコール	kcal		
<input checked="" type="checkbox"/> 口腔機能 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下機能 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養状態			
栄養状態(十分ある-普通-少し) 食事療法に対する姿勢 (積極的-普通-不発)			
理解力(良-普通-不良) 実行力(協力的-非協力的)			
① ② ③			
継続指導 (要/不要) _____			

歯科医師から舌圧低下のリスクを助言
今後の歯科処置の経過と食対応の依頼



**人は「口からダメになる」
だけど「口から再生もする」**

歯科医師の中澤桂一郎先生 (利根歯科診療所所長)

**健口長寿の鍵は「口」
そう命の入り口なのです。**

「食べるを諦めない」を考えてみましょう。

食べることへの関心が薄れていませんか

食べることをちょっと粗末にいませんか

- ・義歯が合わなくて、食べる時に痛いから、食べることどうでもいいかなあ。
- ・お腹が空かないから、食べたくない。
- ・買い物に行くのが、大変である物で済ませたい。
- ・年を取ったから、たくさん食べなくても、食べた思い出はたくさんある。
- ・年金は、いろいろ使い道があるから、ご飯は何でもいいよ。

103

かむ工夫

食べにくいから食べない



食べにくいなら自分の状態にあった食べ方を知ろう



「かむ力」「飲み込む力」を維持しよう

岩塚の黒豆せんべいの魅力 | 岩塚製菓クオリティーサイト (iwatsuka.jp)

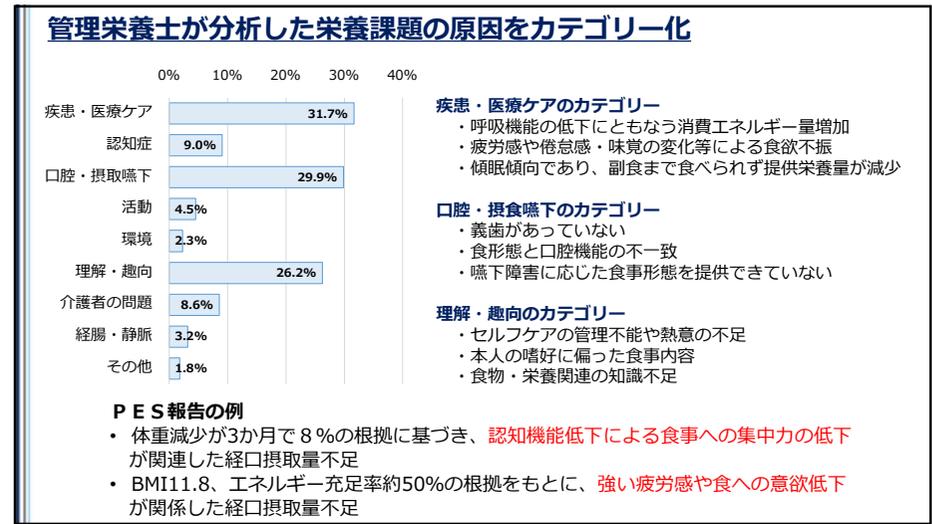
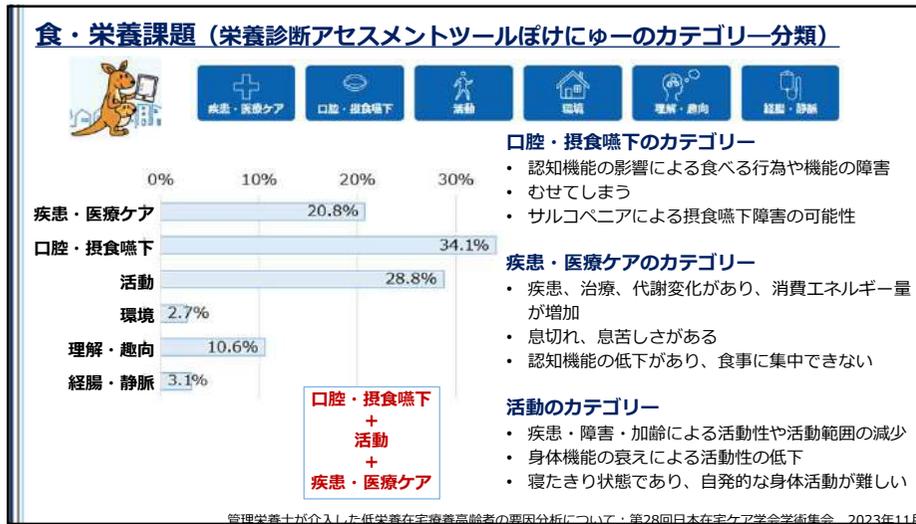
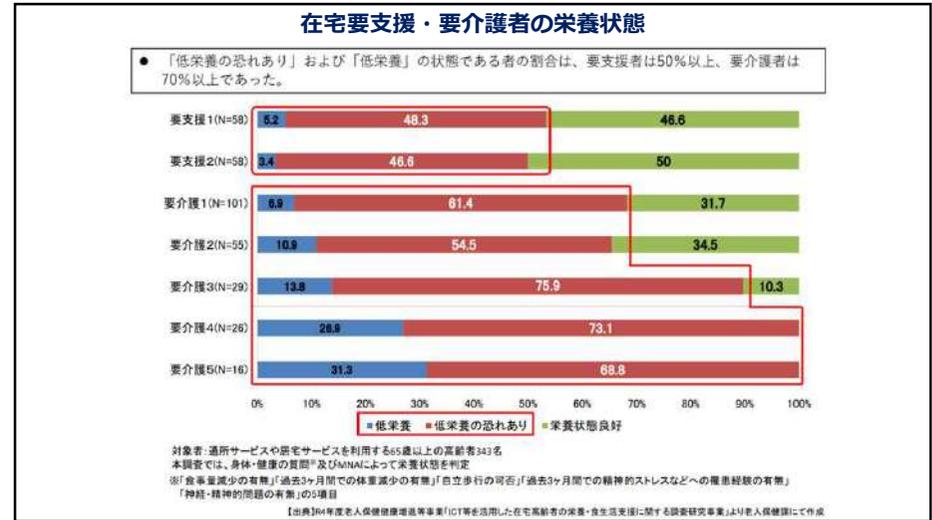


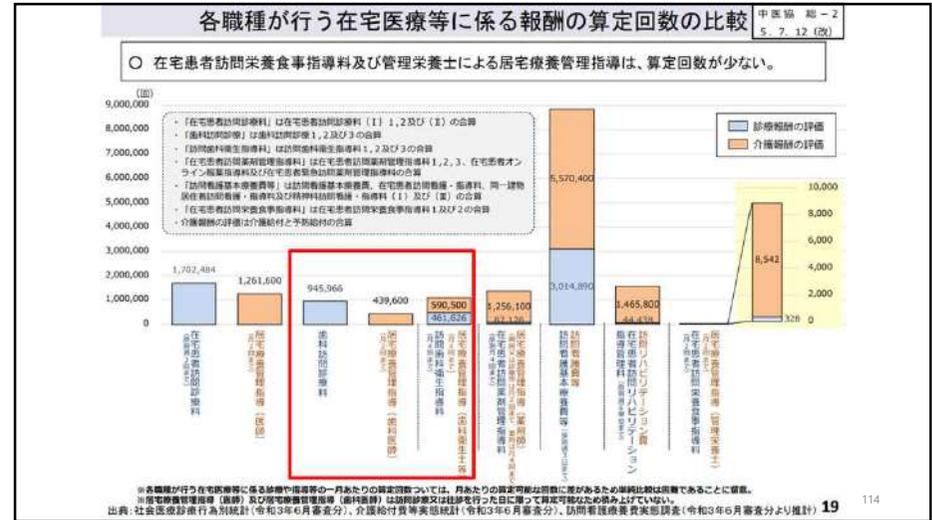
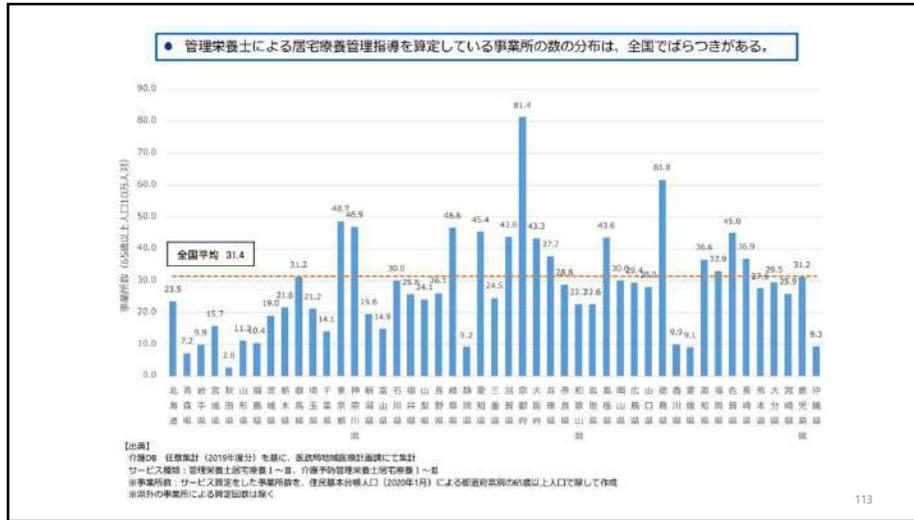
鯖水煮缶20g

エネルギー70kcal たんぱく質3.7g カリウム56g

サバ缶カレー
骨ごと食べられて、たんぱく質もしっかり

109





在宅患者訪問栄養食事指導料を算定していない理由 中医協 総-2
5. 7. 12

○ 病院はいずれも、「算定対象となる患者はいるが、自院の管理栄養士が訪問栄養食事指導を行うための体制が整っていない」が最も多かった。
 ○ 診療所では、機能強化型在支診は「算定対象となる患者はいるが、自院に管理栄養士がいない」、その他の診療所は「算定対象となる患者（特別食の提供や栄養管理の必要性が認められる患者）がいない」が最も多かった。

施設	施設数	割合	算定対象となる患者の提供や栄養管理の必要性が認められる患者がいない	栄養状態に関する情報が必要となる患者の必要性の判断が困難である	算定対象となる患者はいるが、自院の管理栄養士が訪問栄養指導を行うための体制が整っていない	算定対象となる患者はいるが、他の医療機関や栄養士会が運営する栄養ケア・ステーションの管理栄養士への依頼が困難である	介護保険における管理栄養士が行う栄養指導のみを実施している	その他	無回答	
										N
病院	機能強化型在宅療養支援病院（単独+連携）	36	27.8%	0.0%	47.2%	0.0%	2.8%	11.1%	5.6%	11.1%
	機能強化型でない在宅療養支援病院	32	12.5%	0.0%	58.3%	0.0%	0.0%	6.3%	3.1%	21.9%
	上記以外の病院	38	26.3%	5.3%	55.3%	0.0%	5.3%	2.6%	10.5%	10.5%
診療所	機能強化型在宅療養支援診療所（単独+連携）	53	34.0%	3.8%	9.4%	45.3%	5.7%	5.7%	3.8%	5.7%
	機能強化型でない在宅療養支援診療所	107	54.2%	9.3%	10.3%	31.8%	6.5%	0.0%	0.0%	10.3%
	上記以外の診療所	15	60.0%	6.7%	0.0%	40.0%	6.7%	0.0%	13.3%	6.7%

※最も多いものに網掛け

【出典】令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）在宅医療、在宅介護、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の業務状況調査 105
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00213.html

令和6年度診療報酬改定 II-8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-⑧

在宅療養支援診療所・病院における訪問栄養食事指導の推進

在宅療養支援診療所・病院の要件の見直し

訪問栄養食事指導の推進を図る観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について要件を見直す。

現行	改定後
<p>【在宅療養支援診療所】 【施設基準】 (新設)</p>	<p>【在宅療養支援診療所】 【施設基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> 当該診療所において、当該診療所の管理栄養士又は当該診療所以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、推進する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に属する。）の管理栄養士の連携により、医師が栄養管理の必要性を認められた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を確保していること。
<p>【在宅療養支援病院】 【施設基準】 (新設)</p>	<p>【在宅療養支援病院】 【施設基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> 当該病院において、当該病院の管理栄養士により、医師が栄養管理の必要性を認められた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を確保していること。
	<p>【経過措置】 令和6年3月31日において現在在宅療養支援病院に係る届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間に限り、該当するものとみなす。</p>

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001226864.pdf>

治療から予防へ、在宅ケアの未来に

ポイントを押さえ、栄養不良予防改善のおいしく、楽しい「食」の支援

- ① 栄養・食事の視点を見過さない
- ② ポイントを押さえ、疲れない、継続できる、頑張りすぎない食と栄養
 楽に、生活の中にある、食事方法を考える
 介護者と本人の価値観を大切に食の提案
- ③ 栄養・食事不良者を生み出さないための地域での連携に栄養ケアを見過さない

事例1. 褥瘡予防のための食事栄養管理の多職種連携

【症例】70歳代 女性 【主訴】仙骨部褥瘡

【現病歴】65歳時に左下肢を引きずる症状で発症し、その後も転倒を繰り返すようになった。69歳時にパーキンソン病の診断で加療開始されるも、治療開始一か月後には治療効果が乏しくなった。70歳時に多系統萎縮症と診断された。

20XX年3月 車いす使用開始、同年6月施設入所された。

20X+1年2月小声、同年3月嚥下機能低下の自覚あり。

【既往歴】甲状腺乳頭癌(20XX-1年6月摘出術、チラーチン内服中)

【アレルギー】アトピー性皮膚炎、魚のすり身で発疹

【生活歴】飲酒：なし、喫煙：なし

意識：清明 体温：36.7℃ 脈拍：50分・整 血圧：88 /58mmHg SpO2：98%(室内換気)
呼吸音清、心雑音なし。腹部腸蠕動音やや減弱。両側下腿浮腫あり。

パーキンソニズム（独歩不可、長時間の座位） 便秘症、尿道カテーテル留置、嚥下機能低下

嚥下について

訪問歯科による嚥下機能評価、ST訓練も並行して行っているが徐々に進行している。

介入職種

医師、看護師、薬剤師（訪問薬剤）、歯科医師、ST、PT、OT、ケアマネージャー、ヘルパー

食形態

軟飯 -> 刻み食 -> ミキサー食 -> ムース食 に変更

20XX年7月 20XX年9月 20XX年11月 20XX+1年2月 20XX+1年4月



①普通食 ②一口大食 ③刻み食 ④ミキサー食 ⑤ムース食

XX年 11月に仙骨部に表皮剥離がみられた。
 XX+1年 5月仙骨部に褥瘡が発生し、改善と増悪を繰り返した。
 XX+1年 5月末に誤嚥性肺炎を発症し、緩和ケアの方針となった。



デンタルクリニック医師の訪問

本日のV E検査を施行報告

現在液体はストローで飲んでいるようですが、吸引力が低く、なかなか飲むことができていませんでした。

また飲めたとしても一回に吸う量が調節できず、一気に咽頭に液が侵入し嚥下反射が間に合わず誤嚥していました。

スプーンで一口ずつ飲む分には早く反射もあり比較的安全に飲んでいました。

食べ物に関しては咀嚼筋が拘縮しているため、左右に下顎を動かしづらく、また舌の動きも悪いため、ずっとカチカチ噛んではいますが咀嚼はできておらず、食塊形成及び送り込みも難しく、咽頭に食べ物がかかり落ちてきてからやっと嚥下する感じで噛んでいる最中に垂れ込んできた水分はそのまま誤嚥していると思われます。ですので**食形態を下げた方がよい**と思われますが、**ご本人の希望**もあるかと思われます。

今後の**栄養方法も含め要相談**かと思われます。

よろしくお願いいたします。

褥瘡のリスクアセスメント・スケール 栄養に関して

スケール	特徴	外力							栄養	
		知覚の認知	活動性	可動性	摩擦とずれ	過度な骨突出	浮腫	関節拘縮		
ブレードンスケール	・褥瘡発生要因の概念図より構成 ・予防対策としての看護介入が行いやすい	○	○	○	○				○	○
K式スケール	・全段階要因と引き金要因に分けている ・Yes、Noの二択方式 ・高齢者に限定してスケール開発		○	○	○	○			○	○
OHスケール	・他のツールと比べて項目が少なく、評価のばらつきが少ない ・日本人高齢者用 ・急性期患者に使用する場合リスクの見落としに注意			○			○	○		
厚生労働省危険因子評価票	・日常生活自立度により褥瘡予防・ケア介入の必要性をスクリーニングする ・危険因子の評価からリスクの程度は測れない	○	○	○	○	○	○	○	○	○

褥瘡のリスクアセスメント・スケール 栄養に関して ブレードンスケール

(項目を「1点：最も悪い」から「4点：最も良い」で評価)

『褥瘡予防・管理ガイドライン（第4版）』「推奨度B」

栄養状態 普段の食事摂取状況	1. 不良	2. やや不良	3. 良好	4. 非常に良好
	決して全量摂取しない。めったに出された食事の1/3以上を食べない。蛋白質・乳製品は1日2皿(カップ)分以下の摂取である。水分摂取が不足している。消化態栄養剤(半消化態、経腸栄養剤)の補充はない。あるいは、絶食であったり、透明な流動食(お茶、ジュース等)なら摂取したりする。または、末梢点滴を5日間以上続けている。	めったに全量摂取しない。普段は出された食事の約1/2しか食べない。蛋白質・乳製品は1日3皿(カップ)分の摂取である。時々消化態栄養剤(半消化態、経腸栄養剤)を摂取することもある。あるいは、流動食や経管栄養を受けているが、その量は1日必要摂取量以下である。	たいていは1日3回以上食事をし、1食につき半分以上は食べる。蛋白質・乳製品を1日4皿(カップ)分摂取する。時々食事を拒否することもあるが、勧めれば通常補食する。あるいは、栄養的におおよそ整った経管栄養や高カロリー輸液を受けている。	毎食おおよそ食べる。通常は蛋白質・乳製品を1日4皿(カップ)分以上摂取する。時々間食(おやつ)を食べる。補食する必要はない。

4. 食事回数は毎食
たんぱく質・乳製品摂取
間食摂取

3. 食事回数 3回以上
食事摂取量 半分以上
たんぱく質・乳製品摂取
あるいは経管栄養・高カロリー輸液

2. 食事摂取量 約1/2
たんぱく質・乳製品摂取
栄養剤の摂取

褥瘡のリスクアセスメント

ブレードンスケール K式スケール OHスケールの実施

12点 点数範囲6~23点 高リスク；病院では14点以下、在宅では17点以下
カットオフ値；国内では14点、国外では16~18点

栄養状態 普段の食事摂取状況	1. 不良	2. やや不良	3. 良好	4. 非常に良好
	決して全量摂取しない。めったに出された食事の1/3以上を食べない。蛋白質・乳製品は1日2皿(カップ)分以下の摂取である。水分摂取が不足している。消化態栄養剤(半消化態、経腸栄養剤)の補充はない。あるいは、絶食であったり、透明な流動食(お茶、ジュース等)なら摂取したりする。または、末梢点滴を5日間以上続けている。	めったに全量摂取しない。普段は出された食事の約1/2しか食べない。蛋白質・乳製品は1日3皿(カップ)分の摂取である。時々消化態栄養剤(半消化態、経腸栄養剤)を摂取することもある。あるいは、流動食や経管栄養を受けているが、その量は1日必要摂取量以下である。	たいていは1日3回以上食事をし、1食につき半分以上は食べる。蛋白質・乳製品を1日4皿(カップ)分摂取する。時々食事を拒否することもあるが、勧めれば通常補食する。あるいは、栄養的におおよそ整った経管栄養や高カロリー輸液を受けている。	毎食おおよそ食べる。通常は蛋白質・乳製品を1日4皿(カップ)分以上摂取する。時々間食(おやつ)を食べる。補食する必要はない。

食事回数 3回以上
食事摂取量 半分以上
たんぱく質・乳製品摂取
あるいは経管栄養・高カロリー輸液

食形態別の栄養素摂取量の比較

常食A：主食120g

常食B：主食60g

主食量のみ変更
主菜、副菜等は同じ



常食A 主食120g



常食B 主食60g



ペースト食



ゼリー食

看多機「坂町モゾの家(新宿区)」

食べているのに低栄養？



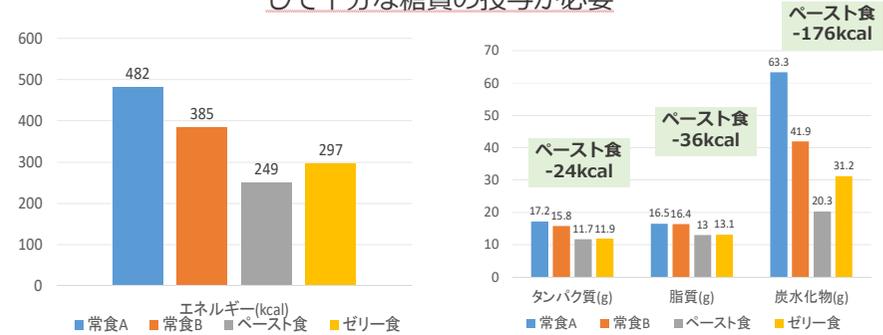
ごはん少なめ (100g) 168Kcal
 ごはん一膳 (160g) 269kcal
※コンビニおにぎりは約100~110g

おかゆ (100g) 71Kcal
 おかゆ1食分 (250g) 178kcal
※パウチで販売されているものは250gで約85kcal

同じ主食でもエネルギーには大きな差がある
 食べているはずなのに、**必要な栄養量が確保できていない**場合がある

食形態別の平均栄養素摂取量の比較 (各27食分)

タンパクの分解を抑えるためには、エネルギー源として十分な糖質の投与が必要



エネルギー摂取量

タンパク質・脂質・炭水化物摂取量

「看護小規模多機能型居宅介護「坂下ミモザの家」施設内データ」

在宅療養者の食・栄養課題

管理栄養士と他職種協働に向けての課題



見える化

「食べる」を支えるために必要なこと

食べられない・食べたくないを**アセスメント**する

食事栄養計画：課題に対して目標を設定

療養者と介護者また、支援者の食べるについての**意識・知識と技術**と**少しの努力を導き、寄り添う**

「食べる」を支えるために必要なこと

多職種協働の必要性



専門的知識と技術を伴う食事栄養の指導に関する
問題や課題は、解決方法を見いだすことが難しい
実施する援助の教育・調整の具体的な解決策がないため
目標設定の計画として抽出され難い

129

看護師の現場で抱える困りごと

栄養評価

摂取栄養量の把握
必要栄養量・終末期の栄養量、目標量の設定
病態に応じた栄養量・食事内容
適切な栄養ツール

食べない

必要性を感じない 嗜好の偏重
長年の生活習慣、食嗜好を変えられない
栄養食事の指導やアドバイスが届かない

食べられない

買い物に行けない
経済的な面から偏った食事
口に合う物が無い、分からない
消化器症状・・・下痢、口腔内トラブル

経口栄養補助食品

金銭的
必要性の理解 家族が必要と思わない
味、嗜好、高カロリーのため口に合わない
消化器症状 下痢が発生

介護・介護者の問題

金銭的問題
食生活や偏食に影響、手作りへのこだわり
本人の摂食嚥下機能の評価の受け入れが困難
家事を担う家族の料理スキルがない
短時間調理、少量で栄養量を確保する料理
時短で食べられる、高カロリーの料理

栄養食事療法のサポート

食よりも医療的ケア優先の依頼
自炊ができ、援助を受け入れない
本人の食嗜好と行動が軸となる
有料老人ホーム等の食事内容の問題
(美味しく無い、量が少ない、調理方法)
惣菜のみの食事
独居・認知症、認知症の独居生活者
本人への意識付けへの困難

訪問看護事業所における食事・栄養ケアの実態調査

栄養食事療法のサポート

機能・病態対応

精神発達遅延の利用者の栄養介入
認知症
発達障害児・・・食べることに一切関心を示さない
離乳食・・・経口摂取技術獲得段階の食事
摂取過剰の方へのアプローチ
食事制限がある患者の食事内容

摂食嚥下機能障害者・褥瘡患者

適切な評価方法と食形態の提案
金銭的
家族の介護力

栄養法

半固形化栄養法の普及
入院中の食事と在宅の食事の乖離

食・栄養課題の抽出
栄養アセスメント能力

↓
解決

訪問看護事業所における食事・栄養ケアの実態調査

多職種と管理栄養士の連携・協働の意義 食べるを支える



なぜ食べられないのかを見出し、目標を示す

食べられない・食べたくないを**アセスメント**する
対象者の食べるについての**知識**と少しの努力を**導く**

食べられない



起きている事象	その本質は	提案できる例
空腹感の減退	腹部膨満感・便秘	消化の良い食事の提供、水分摂取の促し シンバイオティクスの活用、排便状況の確認
食事が美味しくない	味が変に感じる	食べられる食事の確認、酸味の活用、 薄味にする、味覚障害の確認、口腔ケア
気持ちの落ち込み	親しい人との死別	傾聴する、本人が食べたいと思うきっかけを待つ 少量でも口にできるような食材や料理を準備 (ひと口大のおにぎりや果物、冷菓など)
外出しなくなった	息切れ、息苦しさ	食事前に休息をとる、疾患のコントロール 少量頻回食、ONSの活用、体重減少がないか確認
水でむせが見られる	義歯不適合	適した義歯に調整、薬剤・体重減少の影響を確認 義歯無しで食べられる食事の検討
疲労感・倦怠感		
食事に時間がかかる		
硬いものが食べにくい		

『食』からはじめる生活支援

ぽけにゅー

Pocket Nutrition

食・栄養問題の多岐にわたる原因を整理し
多職種連携を支援するツール

【総合監修】 川口 美貴子 (大阪女子大学 薬政学部 教授 管理栄養士)

【医学監修】 佐々木 淳 (医療法人社団ゆめ会 理事長・診療部長 医師)

【アセスメント評価 監修】 細中 恵子 (医療法人社団ゆめ会 協和訪問看護ステーション 看護師)
花本 美奈子 (認定栄養ケア・ステーション L I N K 管理栄養士)

【食・栄養課題 監修】 川口 美貴子 (大阪女子大学 薬政学部 教授 管理栄養士)
水野 優子 (栄養サポートオレンジよこはま 管理栄養士)



本質的な課題を捉え、より適した食・栄養支援方法に導く

アセスメント

- 身体情報
- 食生活
- 経口摂取量
- 必要エネルギー・水分量
- 栄養状況
- リスク分類

食・栄養課題

- 活動
- 口腔・摂食嚥下
- 疾患・医療ケア
- 痛風・静注

利用者及び家族の意向 (報告書)

利用者及び家族の意向
医師のようにならざるや手入れをしたい、沈黙になって、病の改善を見届けたい。

多面的な要因を整理し、
医療と生活の両面から
アプローチ

コメント (報告書)

コメント
呼吸器機能が弱く、意識が弱い、体力も低下している。動くことが難しく、痛みや不眠がひどく、食事が摂れず、食力が低下や栄養不足が懸念されている。十分な栄養を摂取できるように食事支援を行い、痛みや不眠の改善を図るとともに、医師と連携して、医師の意向に沿った食事支援を行う。

ぽけにゅー (Pocket Nutrition) とは？

在宅療養生活の
食・栄養課題の抽出・解決を
支援するWebサービス

アセスメント評価

食・栄養支援方法の例示

報告書の作成

モニタリング機能

本質的な課題を捉え、より適した栄養支援方法に導く。



多職種連携：食支援・栄養ケアの見える化・共通言語化ツール

【利用者及び家族の意向】

【アセスメント情報】
 今回、前回の結果
 ・身体情報
 ・食生活
 ・経口摂取
 ・必要エネルギー
 ・水分量
 ・服薬

【リスク分類】
 ・低栄養・過栄養

【フリーコメント】

【食・栄養課題】

ぼけにゅーが目指すこと

多職種協働での『食』からはじめる生活支援の実現

在宅療養に携わる専門職の「ケアの質向上」と、本人・介護者の「望む生活の実現」を支援する

活動内容

訪問看護師の活動

食事や栄養の課題発見

再評価

相談結果を基に対応

管理栄養士の活動

- 入力されたアセスメント情報を確認。
- 現場で対応可能な可決策を検討。

オンライン上で相談

経時的な情報
 【体重、食生活、経口摂取量や食事環境、必要エネルギー・水分量、服薬状況、食・栄養課題】を確認

よくある回りごとから一つ選択してください。

原因の探究

- 痩せてきた
- 太りすぎてきた
- 食欲がない
- 摂食嚥下機能の低下
- 口腔ケアに課題がある
- 認知症の方の食支援
- 食事準備・調理に支援が必要
- 食事に精進がかかる
- 偏った食事内容
- 水分摂取に課題がある
- 薬による食・栄養への影響
- 経腸栄養管理の不安・心配事
- 経腸栄養管理の不安・心配事

- 患切れ、患直しがある
- 不眠・睡眠による食量低下
- 疾患、治療、代謝変化があり、消費エネルギー量が増加
- 代謝・吸収の変化、炎症等があり、たんぱく質必要量が増加
- 視覚的障害による食量の減少
- 異食行動がある
- サルコペニアによる摂食嚥下障害の可能性
- むせてしまう
- 飲み込みがむずかしい
- 薬が合っていない

「口腔の健康状態の評価」



評価項目の入力

様式に記載されている基本情報および8項目等を入力できます



情報提供書の出力

入力した情報をエクセルファイルとして出力できます



食・栄養アセスメント

続けて「食・栄養アセスメント」を実施できます

(参考) 口腔連携強化加算について

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等—口腔—

訪問系サービス及び短期入所サービスにおける口腔管理に係る連携の強化

■ 訪問系サービス及び短期入所サービスにおいて、職員による利用者の口腔の状態の確認によって、歯科専門職による適切な口腔管理の実施につなげる観点から、事業所と歯科専門職の連携の下、介護職員等による口腔衛生状態及び口腔機能の評価の実施並びに利用者の同意の下での歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供を評価する新たな加算を設ける。

【単位数】
 <現行> なし
 <改定後> 口腔連携強化加算 50単位/回 (新設)

【算定要件等】
 ○ 事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合に、1月に1回に限り所定単位数を加算する。
 ○ 事業所は利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、診療報酬の歯科点数表区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指導を受けた歯科衛生士が、当該従業者からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること。

厚生労働省 令和6年度介護報酬改定の主な事項 <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001195261.pdf> (2024年12月現在)

ほげにゅーの“口腔の健康状態の評価”ページ

口腔の健康状態の評価	解説	できる	できない
1. 開口	解説	できる	できない
2. 歯の汚れ	解説	なし	あり
3. 舌の汚れ	解説	なし	あり
4. 歯肉の腫れ、出血	解説	なし	あり
5. 左右両方の奥歯でしっかり噛み締められる	解説	できる	できない
6. むせ	解説	なし	あり
7. ぶくぶくうがい	解説	できる	できない
8. 食物のため込み、残屑	解説	なし	あり

項目毎に基準等の解説を掲載

① 開口
 評価基準
 上下の前歯の間に指2本分(指)が入る程度まで口があかない場合(開口量3cm以下)には「できない」とする。

評価をする上での注意^{①)}
 上下の前歯の間に2本指以上(指)が入る場合や開口を19秒以上保持できない場合、開口指示が済まない場合は開口「できない」とする。

評価の必要性^{②)}
 開口が不十分及び開口割合等は口の中心状態を把握するとともに、口腔清掃不良となる要因である。また、開口が不十分に在りては要因の調査等が必要となる場合がある。

(厚生労働省 全国介護予防・高齢者保健福祉担当科会議 訪問歯科(介護報酬改定) 88年次(新設) 口腔連携強化加算の厚生労働省 介護保険最新情報Vol.127「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の支援及び一体的取組について」

ほげにゅーの“口腔の健康状態の評価”ページ

「口腔の健康状態の評価」後

「口腔の健康状態の評価」が終了しました。

続けて、「食・栄養アセスメント」を行いますか?

※ 併せて「食・栄養アセスメント」の結果も併せて記録され、保存が完了するまで見ることができません。(印刷の処理は可能です)

食・栄養アセスメントは行いますか?

口腔機能の低下は、栄養状態に影響します。口腔の状態に留意して、食事と栄養について確認しましょう。

- ✓ 食べやすさ・食べやすさ
- ✓ 消化吸収が良くなる(下痢、便秘、腹痛・嘔吐感など)
- ✓ 食中毒や食中毒の減少が期待される
- ✓ 食生活の変化や偏食がみられる

当てはまる項目にチェックをお願いします。
ほげにゅーの「食・栄養アセスメント」を行いましょ

口腔に続けて、食・栄養アセスメントを実施可能

