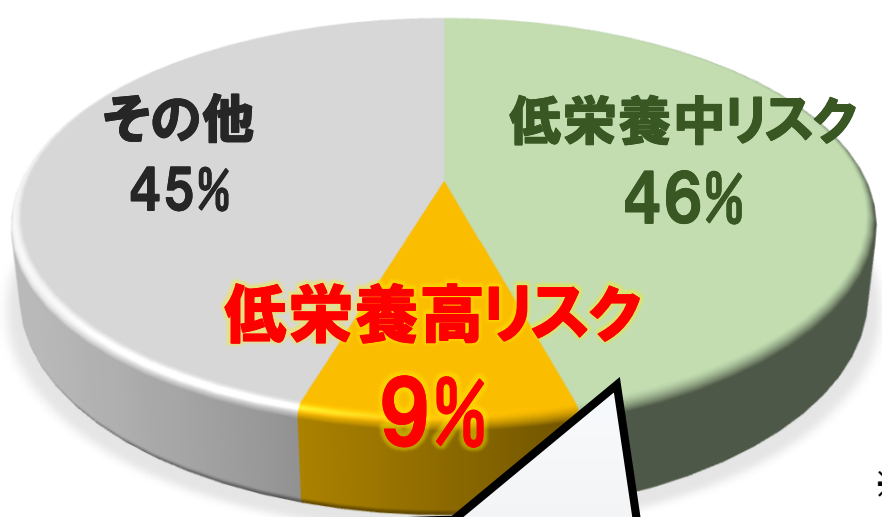


老健・特養における 低栄養リスク割合は50%以上！！

全国464施設 35,314名
(介護保険施設入所者老健・特養)



低栄養高・中リスク
合計 **54.6%！！**

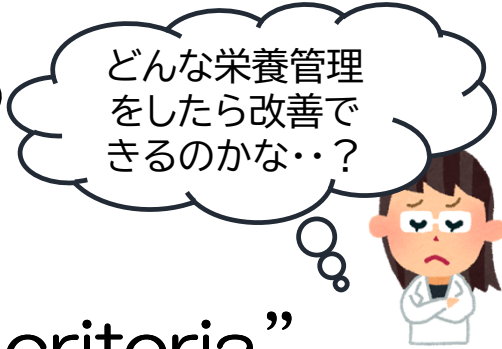
* 低栄養高リスク *

体重減少率1ヶ月5%以上
血清アルブミン値3.0g/dl以下
褥瘡あり

* 低栄養中リスク *

体重減少率3-5%以上
血清アルブミン値3.0-3.5g/dl
食事摂取量75%以下
経腸・経静脈栄養

※低栄養の実態:厚生労働省報告資料引用



低栄養診断の新しい国際基準 “GLIM criteria”

Clinical nutrition JPEN
同時掲載 2018年9月

現症

病因

現症	病因
体重減少 ■ $\geq 5\%$ 過去6ヶ月以内 ■ $\geq 10\%$ 過去6ヶ月以上	食事摂取量減少 ■ 食事摂取量 $\leq 50\%$ (エネルギー必要量の1週間以上) ■ 食事摂取量の低下: 2週間以上持続
低BMI ■ $< 20\text{kg}/\text{m}^2$ 70歳未満 ■ $< 22\text{kg}/\text{m}^2$ 70歳以上 ● アジア ■ $< 18.5\text{kg}/\text{m}^2$ 70歳未満 ■ $< 20\text{kg}/\text{m}^2$ 70歳以上	疾患による負荷 ■ 急性疾患や外傷による炎症 ■ 慢性疾患による炎症
筋肉減少 ■ 筋肉量減少 身体組成測定法 (DXA, BIA, CT, MRIなど) ● アジア ■ 筋肉量減少 人種により補正 (上腕周囲長、下腿周囲長など)	食物の消化吸収障害 ■ 慢性的な消化器症状
■ 上記3項目のうち1つ以上	■ 上記2項目のうち1つ以上

現症と病因、それぞれ1項目以上の該当 = **低栄養**



低栄養・褥瘡対策

3

Action

指標として体重・BMI・食事摂取量などがあるが、現場では、血清アルブミン値の数字がポイントとなる。2.3g/dlから、最低でも3.0g/dlまで上昇させたいとか。

① 適正必要エネルギーの確保

適正必要エネルギー量の計算にはいろいろな方法がある。
一番簡易な方法としては、体重より計算。

体重×30kcal/kg×活動係数×ストレス係数

例：高齢者施設入所 感染・高度侵襲無50kg体重 計算値は条件により変動
50kg×30kcal×1.2（活動係数）×1.0（障害係数）=1,800kcal
1食あたり600kcal☐食が細いので完食できない

➡ **少量高カロリー商品(胸焼けしない)ハイカロッチ®の活用**

② 必要なたんぱく質の確保

アルブミン値の上昇のためには、1.5g/kgのたんぱく質が必要
50kg×1.5g=75g 通常の食事ですぐこれだけの量の確保は困難

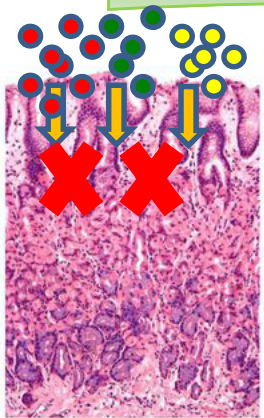
➡ **高純度良質な吸収の優れたたんぱく質の活用
ミルクプロテインP-10 1包で吸収性の高いホエイたんぱく質を
10g摂取できる**

③ 小腸の吸収を改善

低栄養時は、小腸の微絨毛が委縮していることで栄養の吸収が進まない
ことが多く、この改善を進める。 **微絨毛の唯一の栄養源=グルタミン**

➡ **グルタミンF・COを4日間摂取**

低栄養改善のためのたんぱく質管理



適正な必要
エネルギー
の投与
**少量高カ
ロリー食
品の活用**

**グルタ
ミンの
投与**
(7-20g/日)



**栄養吸収
改善!!**

小腸絨毛の伸長

**ミルクホエイ
たんぱく質**
**1.5g/kg投与
(最低2週間)**

【低アルブミン血症時の状態】

【グルタミン投与・4日後】

上記栄養管理を4週間行い、血清アルブミン値の正常化と、必要エネルギーの確保により初めて筋肉量増加が期待できる。