

日本慢性期医療協会

定例記者会見

日時：令和5年5月18日16:30～

場所：Web会議システム「Zoom」



日本慢性期医療協会

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

寝たきり防止へ向けた慢性期医療の課題は、担い手の「質」「量」「意識（やる気）」の改善。

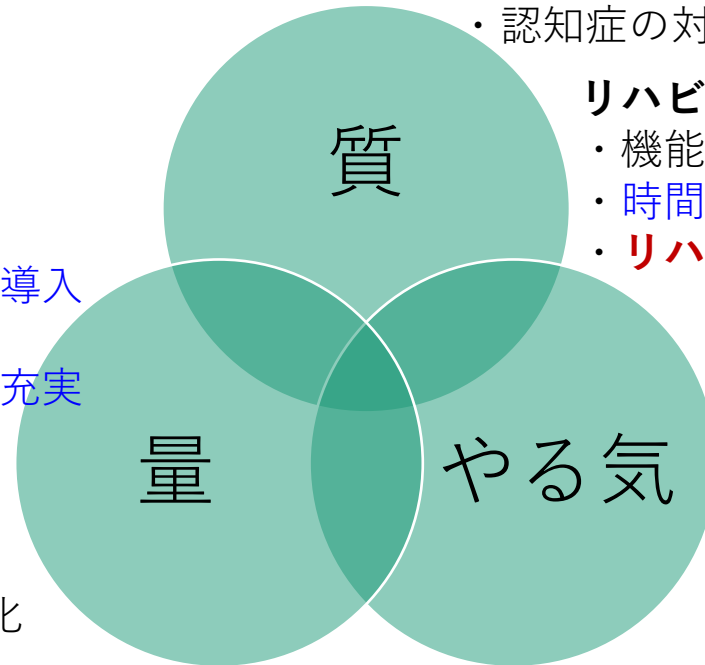
慢性期医療の課題

リハビリテーション量の増大

- ・ 基準リハビリテーションの導入
- ・ 基準介護の導入
- ・ 訪問リハビリテーションの充実

ケア人材の確保

- ・ 介護福祉士の仕事の統一
- ・ 同一スキル同一給与
- ・ 適切なタスクシェア、ICT化



医療と介護のシームレス化

- ・ 総合診療医の育成
- ・ 情報、評価指標の統一
- ・ 認知症の対応力強化

専門性を活かしたチーム医療

- ・ 専門能力を発揮するチーム作り
- ・ リハ看護、リハ介護の強化
- ・ 専門職の資格評価

リハビリテーション質の向上

- ・ 機能訓練からADL重視
- ・ 時間報酬からアウトカム報酬
- ・ **リハビリテーション栄養の充実**

人間らしい生活

- ・ 個室化
- ・ 個別浴化
- ・ 身体拘束ゼロ

品質を高める教育と仕組み

- ・ ニーズに応じた医療への経営者教育
- ・ 重症度、要介護度報酬からアウトカム評価
- ・ 投入資源量に応じた報酬制度

病院給食に栄養はあるか？ ～寝たきり防止への栄養管理～

- ・栄養量の設定 : 基準栄養量では、体重減少/低栄養が進行する
- ・食欲の増進 : 給食部門赤字により、食事改善が進まない
- ・栄養管理実現へ: 栄養量、食欲増進、摂食機能強化の3点で改善

入院患者の栄養状態

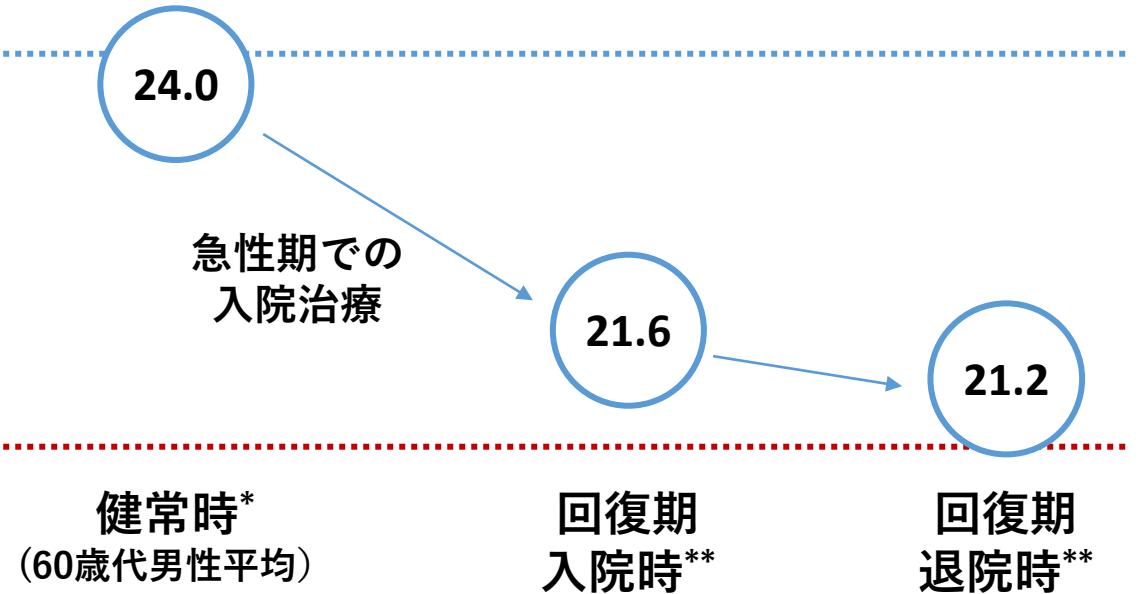
急性期治療中に低体重（低栄養）になる。回復期などの慢性期へもその状態で入院し、改善できずに退院している。

BMIによる判定基準

$$\text{BMI} = [\text{体重(kg)}] \div [\text{身長(m)の2乗}]$$

25以上	肥満
18.5以上 25未満	普通体重
18.5未満	低体重（やせ）

入院前後のBMI平均推移



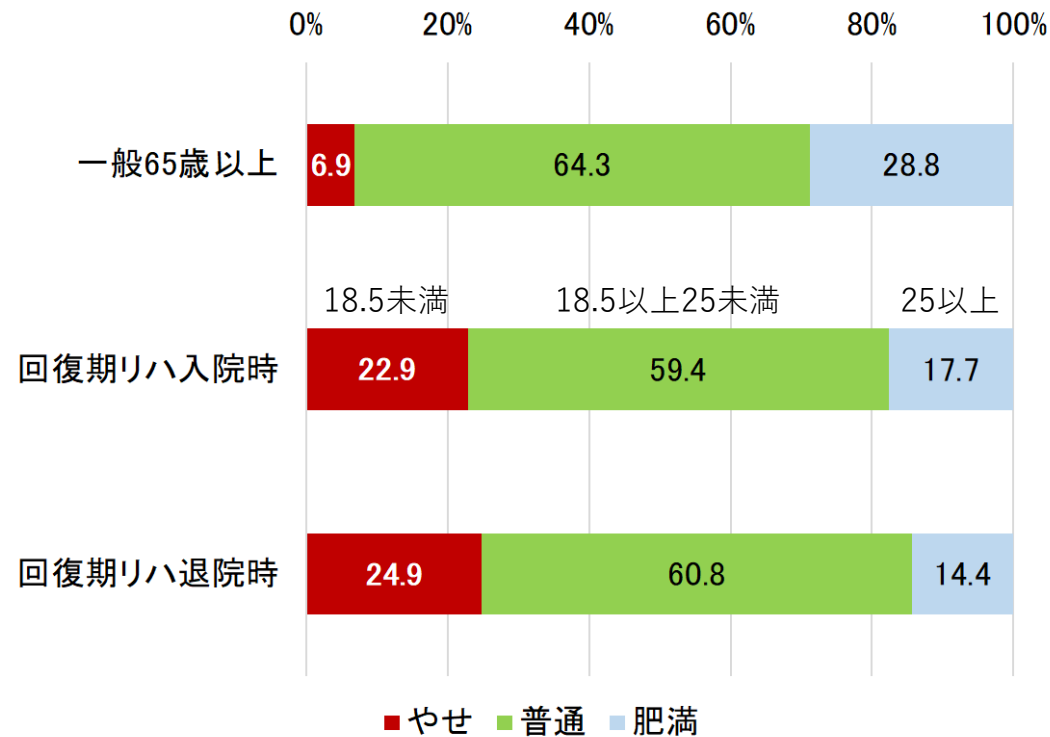
*厚生労働省「令和元年国民健康・栄養調査」

**回復期リハビリテーション病棟協会「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書 2023年2月」

入院患者の低栄養の進行

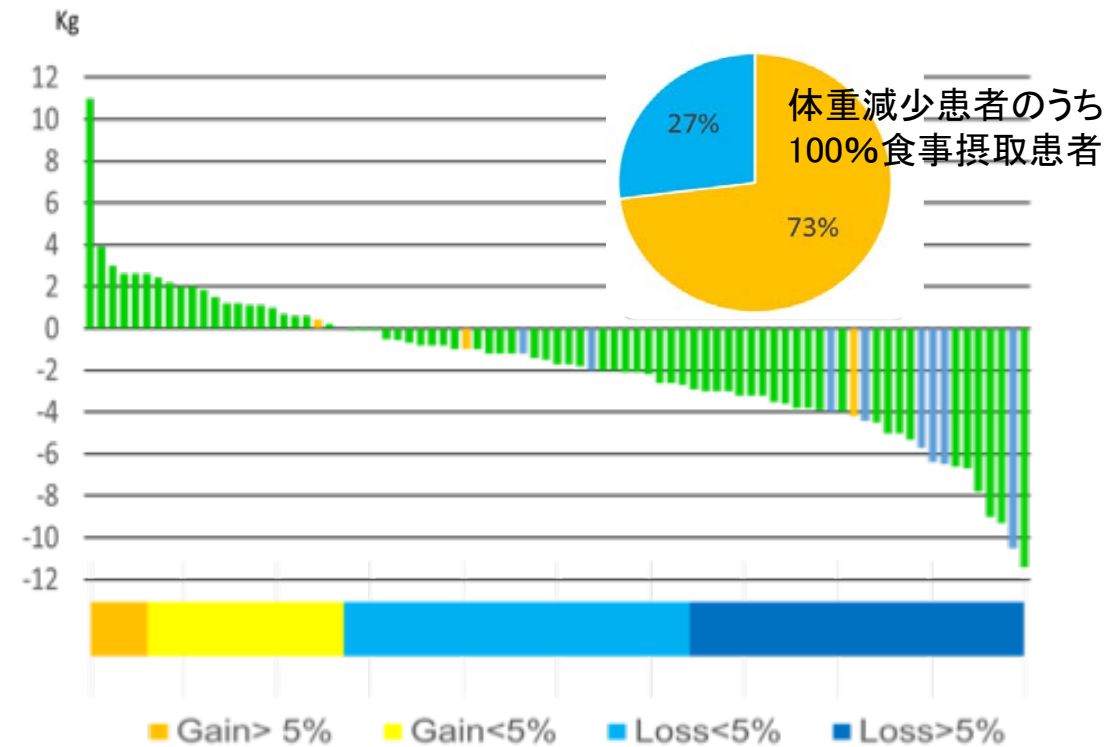
回復期入院中も体重減少、低栄養が進行している。そこには、食事の全量摂取患者も含まれている。

回復期リハ入院退院時BMI*



*回復期リハビリテーション病棟協会「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書 2023年2月」

入退院時の体重増減**

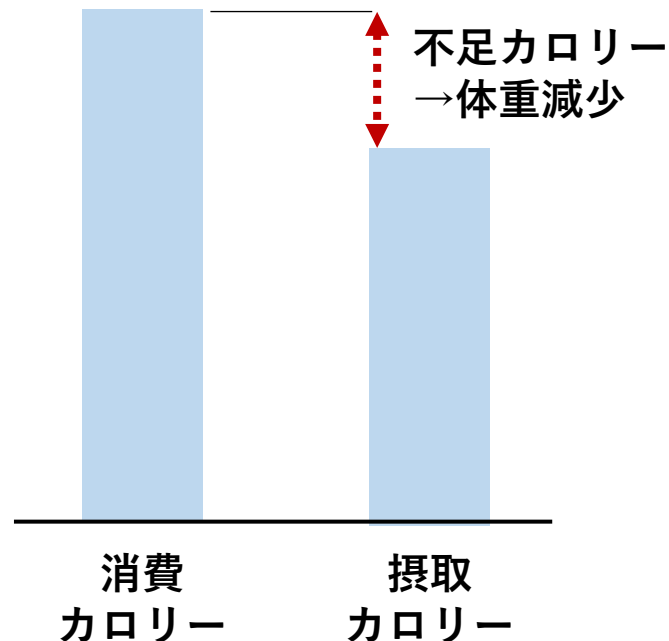


**千里リハビリテーション病院2015年8月9月退院患者(n=81)

体重減少（低栄養）要因

体重減少は、カロリー不足から生じる。その要因には、そもそもの基準栄養量の不足や高齢化などによる摂取量自体の不足がある。

体重減少はカロリー不足



カロリー不足の要因

摂食機能（食べる能力）があっても

1 給食の基準栄養量が不足している

2 基準栄養量があっても、全量が食べられない

1 必要な栄養量

病院基準食は、入院患者の年齢構成を加味した食事摂取基準より作成されるが、リハビリや体重増に必要な栄養量を満たしていない。

病院基準食の設定

(参考) 推定エネルギー必要量 (kcal/日)

「日本人の食事摂取基準(2020年版)」
策定検討会報告書 p.51~p.105

性別 身体活動レベル ¹	男性			女性		
	I	II	III	I	II	III
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	2,800	3,150	2,350	2,600	2,900
18~29(歳)	2,300	2,650	3,050	2,150	2,400	2,700
30~49(歳)	2,300	2,700	3,050	2,150	2,400	2,700
50~64(歳)	2,200	2,600	2,950	2,100	2,350	2,650
65~74(歳)	2,050	2,400	2,750	1,550	1,850	2,100
75以上(歳) ²	1,800	2,100	—	1,400	1,650	—
妊婦(付加量) ³	初期			+50	+50	+50
	中期			+250	+250	+250
	後期			+450	+450	+450
授乳婦(付加量)				+350	+350	+350

高齢女性の多い病院では
1,500~1,600kcalとなる

回復に必要な栄養量 (cal)

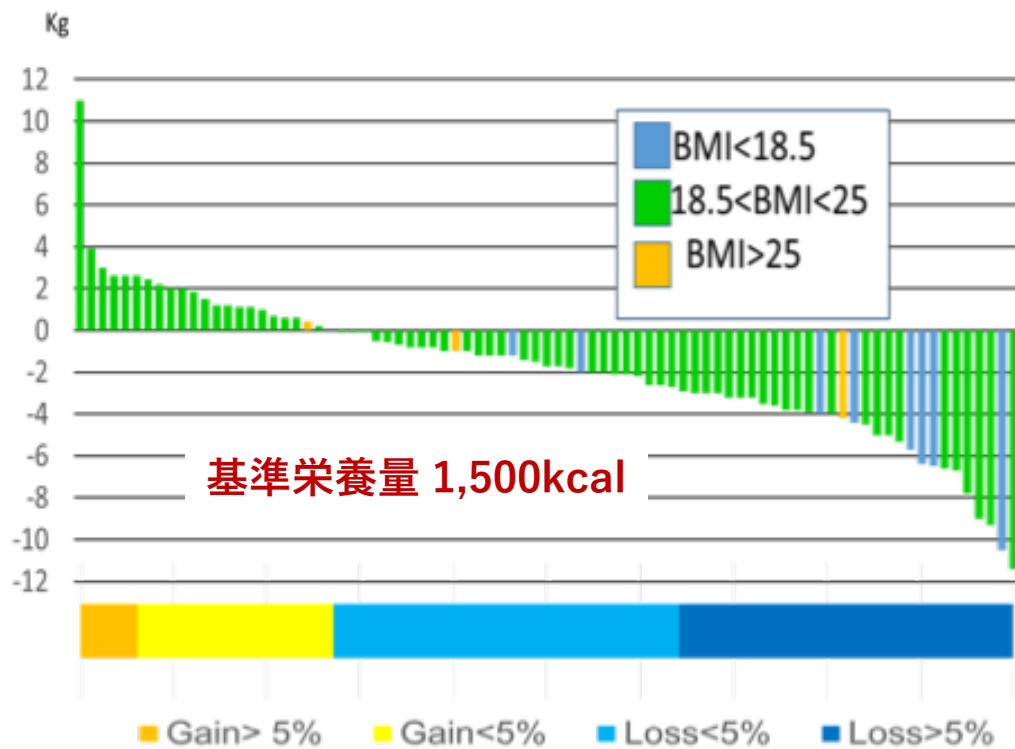


¹身体活動レベルは、低い、ふつう、高いの三つのレベルとして、それぞれ、I、II、IIIで示した。
²レベルIIは自立している者、レベルIは自宅にいてほとんど外出しない者に相当する。レベルIは高齢者施設で自立に近い状態で過ごしている者にも適用できる値である。
³妊婦個々の体格や妊娠中の体重増加量及び胎児の発育状況の評価を行うことが必要である。
 注1: 活用にあたっては、食事摂取状況のアセスメント、体重及びBMIの把握を行い、エネルギーの過不足は、体重の変化又はBMIを用いて評価すること。
 注2: 身体活動レベルIの場合、少ないエネルギー消費量に見合った少ないエネルギー摂取量を維持することになるため、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。

1 基準栄養量改善の効果

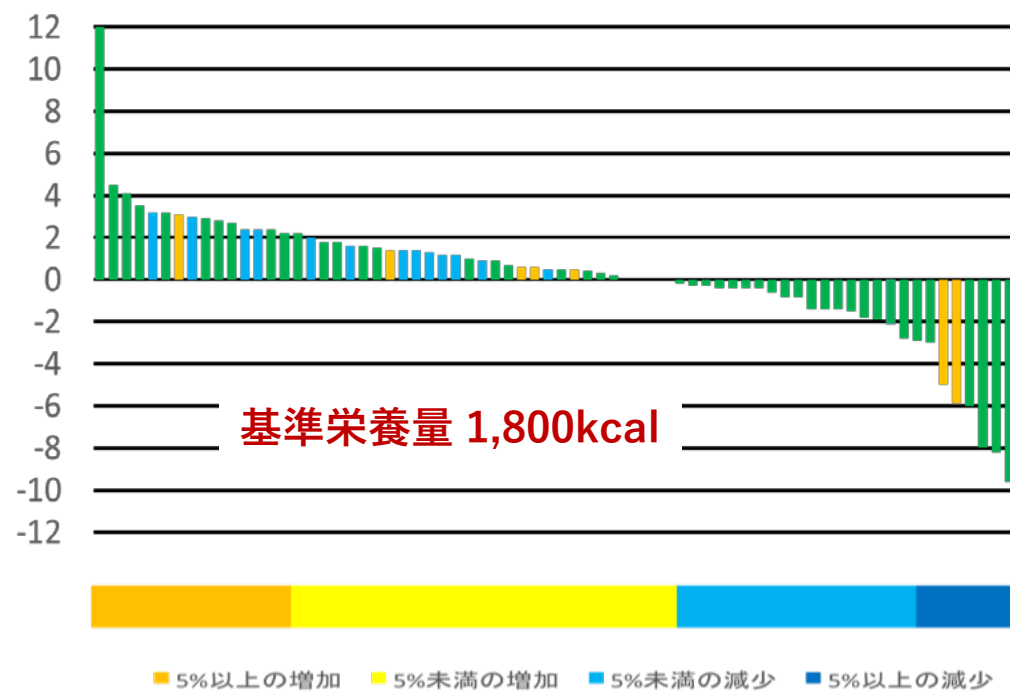
基準栄養量を改善すれば、体重減少患者を低減ができる。

栄養量改善前の体重増減*



*千里リハビリテーション病院2015年8月9日退院患者(n=81)

栄養量改善後の体重増減**



**千里リハビリテーション病院2016年8月9日退院患者(n=70)

2 必要量を満たす施策

全量摂取困難な患者には、1品あたり栄養量の増加や食事回数の頻回化（分割）のほか、戦略的な胃瘻増設も選択肢となる。

嚥下機能や高齢による全量摂取困難

一度にすべてでは食べられない



栄養量を満たすために

工夫

1品栄養量UP、食事回数UP

ちょい足し、間食/多頻回化

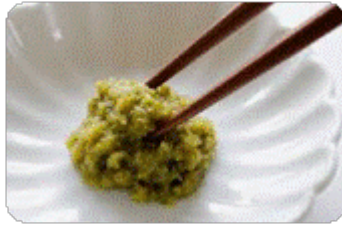
手段

胃瘻増設による栄養補給

通常量摂取が可能になれば、抜去

2 参考) 食事の工夫

食材選び



柚子胡椒 10g (4.9kcal)



タルタルソース 10g (49kcal)

10倍



豆腐 20g (13kcal)



油揚げ 20g (77kcal)

6倍



トースト 1枚40g (130kcal)



クロワッサン 1個40g (200kcal)

1.5倍

調理方法



棒棒鶏 100g (200kcal)



唐揚げ 100g (300kcal)

1.5倍



アジの塩焼き 100g (110kcal)

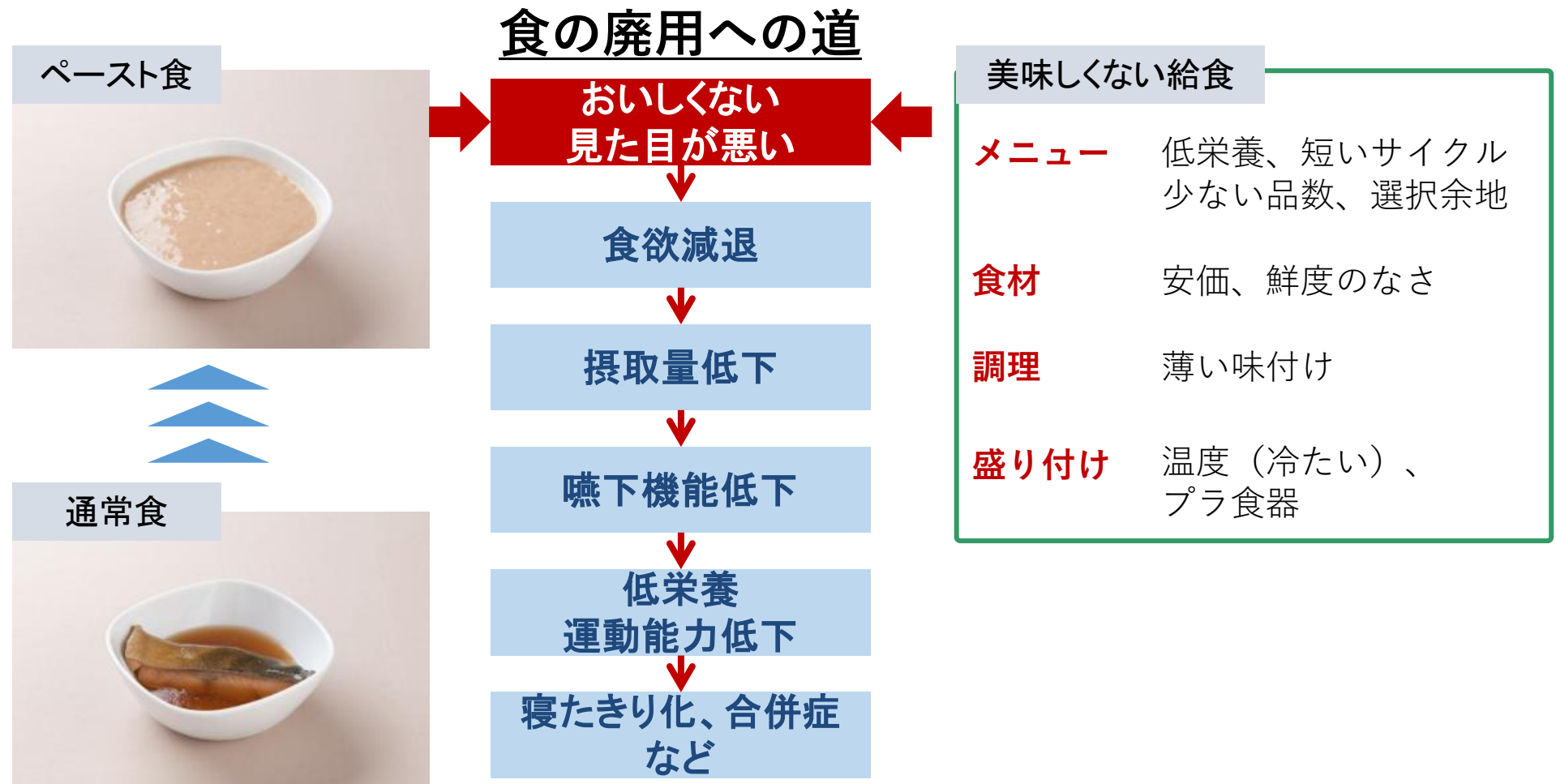


アジフライ 100g (220kcal)

2倍

2 食欲の増進

摂食機能を高めても、食事自体に魅力がなければ摂取量が減少する。
食欲を増進する工夫が求められる。



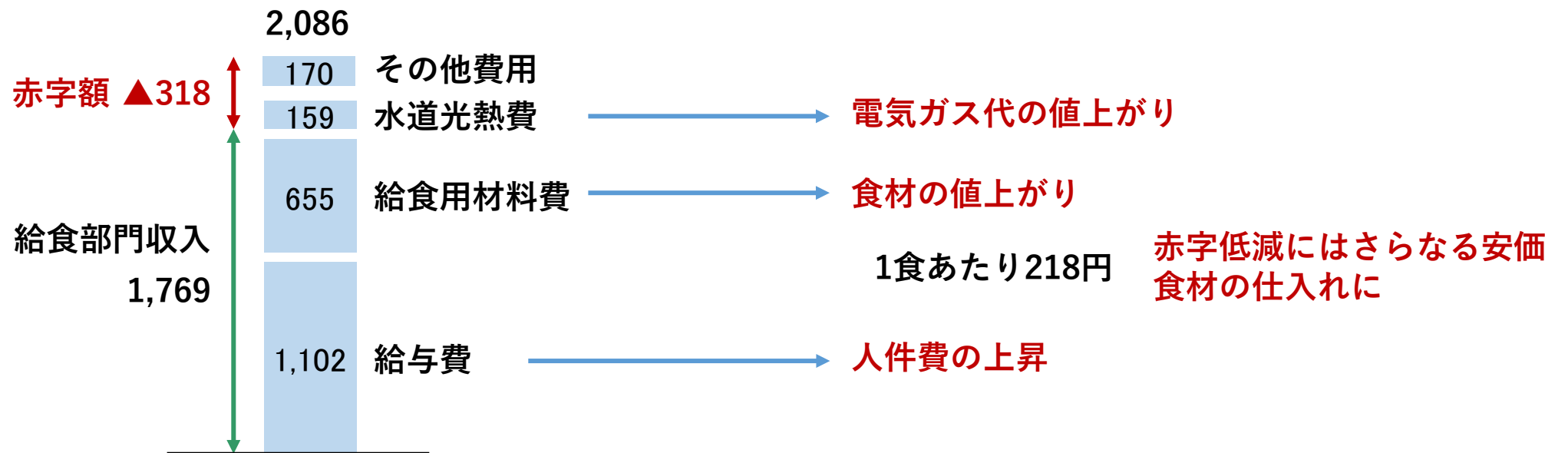
改善余地 給食費用（食事療養費）

給食部門は、2017年調査時点ですでに赤字。近時の人件費増や物価高騰により、栄養部門の改善余地は限界にある。

患者1人1日当たりの給食収支（円）

（直営病院（n=30））

改善、工夫の余地はない

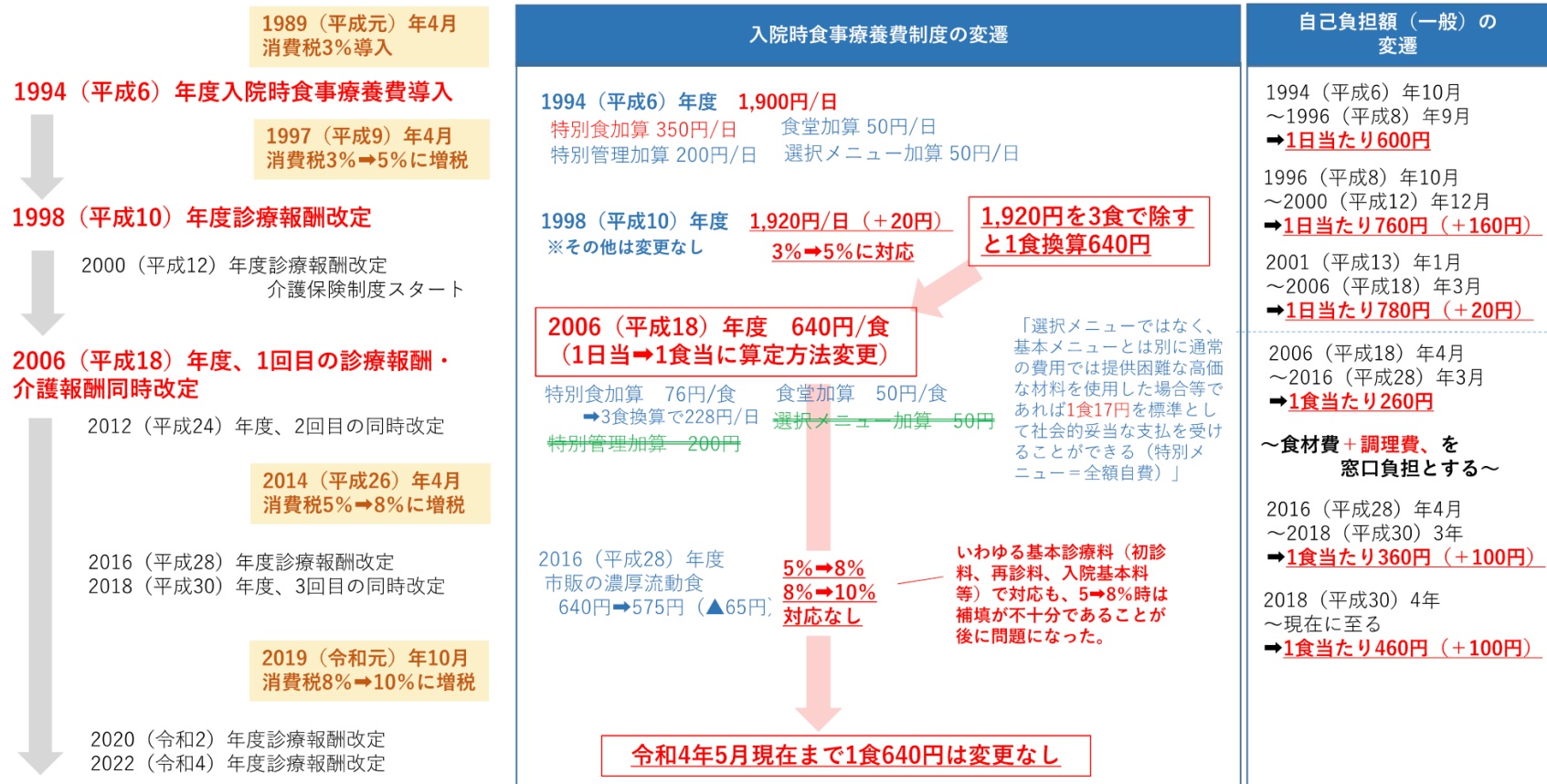


給食費用の推移

現在の食事療養費（640円/食）は、25年前から変わっていない。

1. 病院給食問題

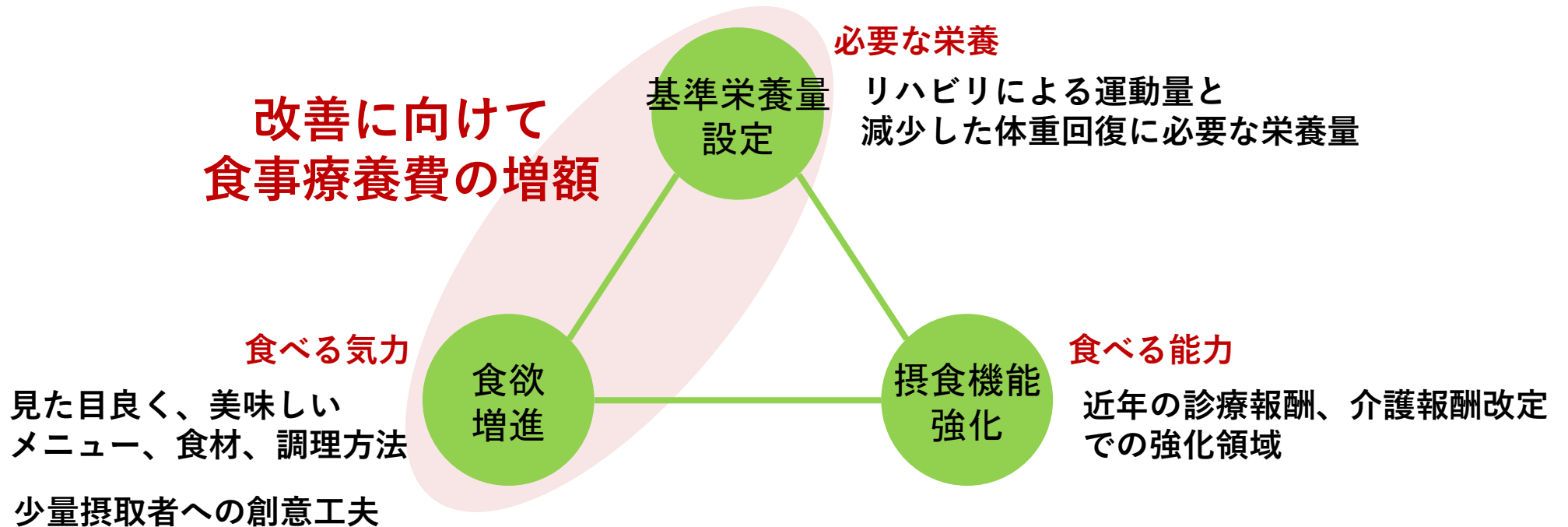
～入院時食事療養費の設定金額が据え置きになっている。
その一方で、患者の自己負担額（窓口負担額）は増え続けている～



*四病院団体協議会「入院中の食事療養に必要な費用に関する改正要望書」2022年6月27日

栄養管理は寝たきり防止への重要施策。摂食機能の強化に加え、栄養量や食欲改善に向けて、食事療養費の増額が必要とされる。

回復のための栄養管理



良質な慢性期医療がなければ
日本の医療は成り立たない



日本慢性期医療協会

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES