

科学的裏付けに基づく介護に係る検討会 －栄養に関するヒアリング資料－

1. CHASE（栄養）
2. CHASE（栄養）に関するPC入力項目
3. 栄養データの保有
3. 体重（標準体重）当たりの摂取エネルギー、摂取たんぱく質量の評価
4. 介護分野における栄養データ分析の課題
5. 今後の課題（提案）

資料1 科学的介護において収集することが望ましい栄養に関する項目（案）

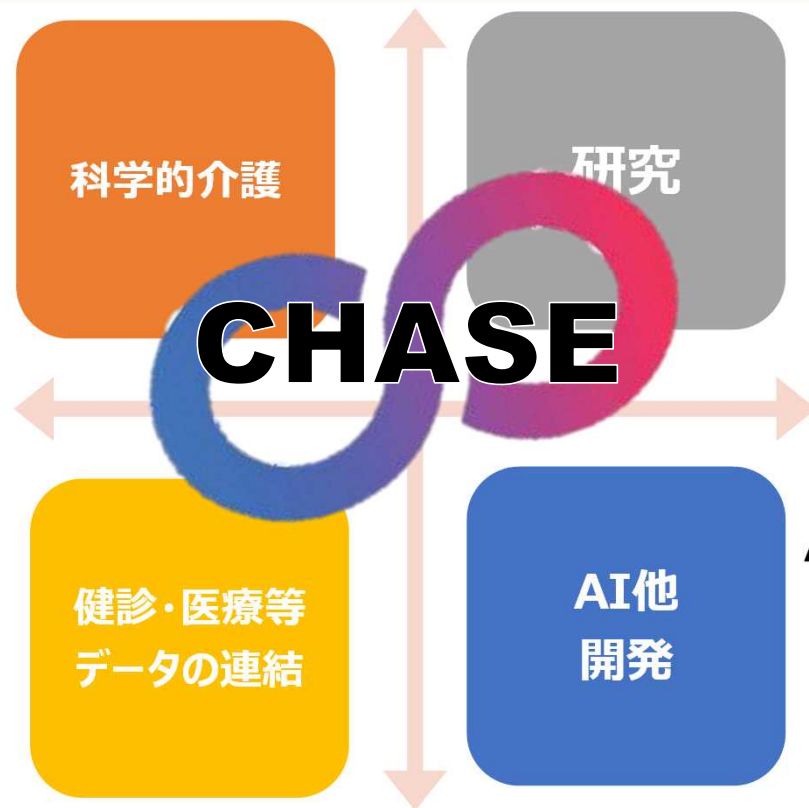
愛媛大学医学部附属病院 利光 久美子

1. CHASE (栄養) 信頼性、妥当性、労力 (手間)、国際比較、専門的視点

基本視点

1. CHASE (栄養) は、科学的介護の実践、研究、健診・医療等データの連結、AI他の開発などに繋がる。
2. CHASE (栄養) は、科学的介護に導く情報であり客観的データを中心とし、主観的介護データやリハビリや生活に関する評価等から食事内容や形態を調整するなど、低栄養改善に直結し即時にケアに繋がられる。
3. 健診、医療、介護の連結可能な標準データであり、**現時点の評価であると同時に経過に伴う変化**について評価することができる。
4. 様々な角度から研究や開発に活用することができる。

介護の基本的支援の標準化
日々の介護に生かすデータ活用
(個人の資質に頼る介護
から科学的介護へ)



CHASEのデータを活用し、
疾患管理や老年症候群等に対する
キュアとケアについて研究する。
介護に関わる効果の検証

健診、医療、介護の情報連結
(個別の情報管理から
連結管理へ)

AI他、システム等の開発

2. CHASE（栄養）に関するPC入力項目（資料1参照）

1. 対象とする全ての事業者が入力する項目

1-1 栄養に関するPC入力項目

－保健、医療、介護連結項目－

1. 身長
2. 体重
3. 提供エネルギー量
4. 提供たんぱく質量
5. 摂取主食割合
6. 摂取副食割合
7. 栄養補給法
8. 食事の留意事項（内容、食形態等）
9. 血清アルブミン値（健診データ等があれば入力）

1-2 低栄養リスク要因かつ食事内容の調整指標

※但し、他の確認項目があればPC内で引用

1. 安定した正しい姿勢が自分でとれない
2. 食事に集中することができない
3. 食事に傾眠や意識混濁がある
4. 歯（義歯）のない状態で食事をしている
5. 食べ物を口腔内に溜め込む
6. 固形の食べ物を咀嚼中にむせる
7. 食後、頬の内側や口腔内に残渣がある
8. 水分でむせる
9. 食事、食後に咳をすることがある
10. その他（観察事項）

2. 加算等算定事業所の入力が望ましい項目

1. 経口移行、経口維持加算の算定可否

3. モデル施設で入力が望ましい項目

1. 指輪っか 但し、下腿周囲であれば医療データと連結可
2. 握力（右、左）
3. 食事（相談）相談の実施の有無

3. 栄養データの保有



介護システム



給食システム

低栄養状態のリスク(状況)	身長(cm)	(cm)	(cm)	(cm)	(cm)
	体重(kg)	(kg)	(kg)	(kg)	(kg)
	BMI(kg/m ²)	(kg/m ²)	(kg/m ²)	(kg/m ²)	(kg/m ²)
	3%以上の体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ か月)
	血清アルブミン値(g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有((g/dl))
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法
その他					
栄養補給の状況	食事摂取量	%	%	%	%
	・主食の摂取量	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %
	・主菜、副菜の摂取量	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %
	・その他(補助食品など)	()	()	()	()

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング様式

術後日数	2日目	3日目	4日目	5日目
体温	39	38	37	36
脈拍	200	150	100	50
呼吸	39	38	37	36
血圧	90	60	40	20
SpO2	200	150	100	50

検査結果値

身長: 146cm 体重: 32.3kg 標準体重: 46.9kg BMI: 15.15 肥満度: -31.13%

参考栄養量/日(下記食種)

全粥220g

栄養素量	全量	主食		副食	
エネルギー	1600 kcal	483 kcal	983 kcal		
蛋白質	65.0 g	8.4 g	50.0 g		
脂質	35.0 g	1.2 g	26.2 g		
炭水化物	260.0 g	104.7 g	145.7 g		
水分	2200.0 g	501.0 g	1404.2 g		
塩分	8.0 g	0.0 g	7.8 g		

	絶食	胃術	胃術	胃術	胃術	胃術	胃術	胃術	胃術	胃術
食事	／	8	10	3	2	0	5	4	2	5
副食	／	8	10	3	3	0	1	4	2	3
尿回数						3			6	
便回数					1			1		

4. 体重（標準体重）当たりの摂取エネルギー量、摂取たんぱく質量の評価

1. 年齢や身体状況等の評価を一定基準を基に評価する。

但し、個人の消化吸収機能や疾病、代謝等が影響するため、体重又は体格指数（BMI判定：22 kg/m²、25 kg/m²以上（肥満）、18.5 kg/m²未満（るい痩）の状態を加味し評価する。

2. その結果から、食事量他、摂取不足に対する問題点について食事調整を優先する。

体重当たりの摂取エネルギー量（疾患による影響がある場合は除く）

基準：25～30kcal/現体重、（30以上 体重増加、25未満 体重減少）

体重当たりの摂取たんぱく質量（疾患による影響がある場合は除く）

基準：1.1～1.5g/現体重（1.5以上 腎負担、1.0未満 筋肉量他の減少）

評価区分	改善要					要確認					現状維持・目標（基準）					要確認														
	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9
体重当たり摂取エネルギー量 (kcal)																														
体重当たり摂取たんぱく質量 (g)																														

《参考》 疾患別ガイドラインにおける食事療法、栄養療法の基準は、体重あたり又は標準体重あたりで明記。

5. 介護分野における栄養データ分析の課題

1. 介護計画に関わる情報の多くが、食事摂取量に影響し、低栄養を及ぼす因子である。
2. 食事介助側が食事量調整等を行っていた場合は、その情報提供が必要。（正確な提供量の把握が必要。）

【施設入所の場合】

食事介助側が行っている食事調整未伝達による栄養量把握の相違

- 1) 食べる時間がかかるから介護側が半量にしている場合
- 2) 提供後、食事形態を調整している場合（ペースト状への調整等）
- 3) 嘔吐するから、食事を残させている場合
- 4) 食べこぼしに対する情報共有がない（ミールラウンドにより把握）

など

6. 今後の課題（提案）

1. 介護現場に立った視点
2. 介護を行う側にも配慮したもの = 高齢者への効果あるケア（ケアに時間を）
3. 誰でもできる生活のケアからのデータ収集と専門的知識を有するスタッフの支援体制が必要

提案事由：【介護職員から】

1. 確認すべき事項が多く、計画（事務処理）に時間を要する。（介護報酬に伴う確認すべき項目、シート等が多い。）
2. 主観的な判断の中で気働きを求められ、責任を課せられる。（評価基準が明確にされていない（周知不備も含む））
3. 相談するも明確な回答は得られにくい。不安に駆られる。（身近に専門スタッフがいない）
4. とにかく時間がなく忙しい。

【介護現場からみた改善すべき事項】

1. PCに入力すべきデータに不足がある場合はアラートが鳴る
2. 入力したデータの評価が一目でわかる（例；BMI $17\text{kg}/\text{m}^2$ ↓）
3. 評価に際し確認すべき内容が明示される
4. システム入力により、自動的に最低限の計画書が作成され、個別や特性等追記できる

【専門職による関与】

専門職における定期的なカンファレンス（ミーティング）の実施。評価と改善にむけた対策

