

資料 4-2 低栄養状態の指標について

BMI

- ・ 身体的、臨床的観点から、 $<18.5\sim 20$ は、低栄養状態の一般的栄養スクリーニング指標として国際的に採用 (Stratton R. J, 2003)
- ・ <20 では、地域自立高齢者において医師への相談回数の増大し、医薬品利用の増大、身体機能の低下、入院回数の増大、入院中合併症の増大、疾病回復時間の延長 (Martyn 1998, Stratton 2003)
- ・ <18.5 では、体重当たりの最大酸素消費量の低下 (Stratton R. J, 2003)
- ・ $<18.5\sim 20$ は、身体的、精神的機能低下を予測する国際的な低栄養状態の指標 (Stratton, 2003)
- ・ <18.5 はタンパク質・エネルギー低栄養状態の栄養診断基準に採用 (米国栄養士会、2008)

体重減少率

- ・ 注) ダイエットによる体重減少や通常の個人内変動 (成人から高齢者では、おおよそ5%以内/3~6か月 (英国経腸静脈栄養学会低栄養状態諮問委員会, Elia 2000) を除外
- ・ $\geq 5\%/3\sim 6$ か月では、低栄養状態の初期とされ、活気の低下、自発的身体活動の低下、易疲労感 (Keys 1950)
- ・ $\geq 10\%/3\sim 6$ か月では、筋機能の低下、体温管理障害、外科手術後や化学療法後のアウトカム不良 (Blackburn 1977, 米国経腸静脈栄養学会、Stratton R. J, 2003)
- ・ $\geq 10\%/3\sim 6$ ヶ月では、握力8-9%低下、最大酸素消費量減少、寒感、易疲労感、性欲減退 (Stratton RJ 2003)
- ・ 5~7%/3ヶ月間はタンパク質・エネルギーのの不十分な摂取の栄養診断基準に、 $\geq 10\%/6$ ヶ月はタンパク質・エネルギーの低栄養状態の栄養診断基準に採用 (米国栄養士会、2008)

血清アルブミン値

- ・ 生理学的には $\leq 3.5\text{g/dl}$ では内臓タンパク減少、 $\leq 2.8\text{g/dl}$ では浮腫 (Starker, 1982)
 - ・ 疫学的には $\leq 3.5\text{g/dl}$ では総死亡率 (全死因) の独立した危険因子 (Salive, 1992, Cohen, 1992, Corti, 1994)
 - ・ 臨床的には術後の合併症発症率は $\leq 3.0\text{g/dl}$ では2~3倍 (Rudman, 1989)、また、術後12週間後死亡率は $\leq 3.0\text{g/dl}$ では3.5倍 (38.1%)、術後2年後の死亡率は $\leq 3.5\text{g/dl}$ では1.9倍 (63.2%) (Kergoat, 1987)
 - ・ 米国の急性期ならびに長期療養施設において、 $\leq 3.5\text{g/dl}$ は低栄養状態の中リスクと評価 (Gottschilich, 1985, Gibson, 1990)
 - ・ 介護保険認定及び死亡リスク予測の観点から、 $\leq 3.8\text{g/dl}$ は特定高齢者の決定基準として該当率、感度、特異度から妥当 (辻、2008)
 - ・ タンパク質・エネルギー低栄養状態の栄養診断基準には、血清アルブミン値 $<3.4\text{g/dl}$ を採用 (米国栄養士会、2008)
-