

Vol.16 ONS[†]の1日当たり推奨量は？

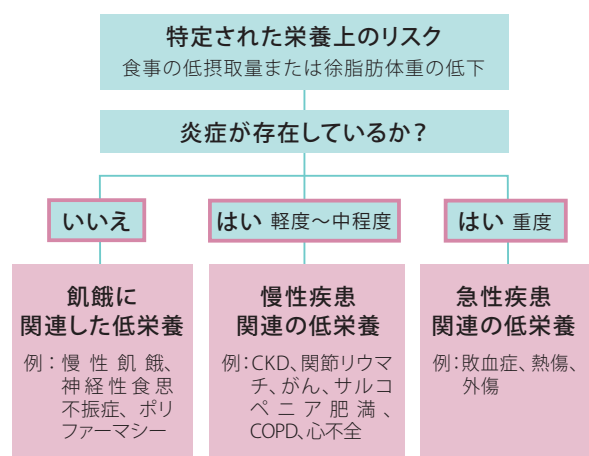


監修：佐々木 淳 先生（医療法人社団悠翔会 理事長・診療部長）

在宅療養をされている高齢者の中には、「食べているのに低栄養」の患者が見られます。食事提供量などは「高齢者だからこれくらい」と決めるのではなく、低栄養の原因をアセスメントし、必要なエネルギー量が提供されているかを考える必要があります。低栄養の改善のためには、本人と相談して必要に応じてONSを試します。ONSを提供する場合、1日当たり300～400kcalを目安に始めます。

†ONS：Oral Nutritional Supplements、経口栄養補助製品

■ 病因に基づく低栄養の定義 *2



文献*2より一部改変

食事の提供量は適正ですか？

訪問看護師が、見た目の喫食量から「**食事を8割以上食べている**」と評価した要介護高齢者について、栄養アセスメントツールで栄養状態を判定した調査では、**低栄養群（低栄養のおそれ：48.4%、低栄養：20.0%）が68.4%**でした*1。在宅医療で見かける低栄養の多くは、飢餓に関連した低栄養、または慢性疾患関連の低栄養です。**飢餓に関連した低栄養**とは、提供される食事量が必要量に対してもともと少ない場合に起こります。また、高齢者の多くは慢性疾患を持つことが知られています。**慢性疾患関連の低栄養**は、ある程度の食事量が提供されていても、それ以上にエネルギーを消耗していることで起こることがあります。この場合、慢性疾患に対する障害係数が適切に加算されているかも考えます。

■ ESPENガイドライン：

高齢者の臨床栄養と水分補給 *3より

推奨 29 [ONSの実施]

低栄養あるいは低栄養のリスクのある高齢者にONSを行う場合、エネルギーは少なくとも400 kcal/日で、たんぱく質30g以上を含むものを投与する。

（推奨グレード：A）

エネルギー
400 kcal/日 & たんぱく質
30 g/日
Oral Nutritional Supplements

ONSは300～400kcalを目安に 始めてみる

ESPENの高齢者の臨床栄養ガイドラインでは、ONSは1日当たりエネルギー400kcalで、少なくとも1ヶ月間は継続することが推奨されています*3。

また、回復期リハビリテーションの高齢患者では体重1kgを増やすために9,600kcalの追加が必要であるという報告があります*4。例えば1ヶ月で9,600kcalを追加するには320kcal/日となります。そこでONSを提供する場合、1日当たり300～400kcalを目安に始めます。

もしONSを1ヶ月継続しても「低栄養が続く／体重減少／体重が増えない」場合には、食事内容や喫食量の確認、ONSの増量を検討し、本人・家族に相談します。

退院直後、在宅医療導入時2週間の集中的な多職種介入

退院直後の集中的な介入により高い効果が得られることから、在宅医療導入時の2週間を重視し、多職種総力戦でアセスメント／支援のプランニング／介入を行います。そして少しでもプラスの変化を本人・家族が実感できれば、次の支援につながります。本人・家族との信頼関係も重要な要素で、支援を円滑に進めるための前提条件となると考えます。

1 意識レベルの改善	●退院直後、意識レベルの低下により、身体機能・認知機能が過小評価されているケースが多い。低栄養・脱水、薬物、せん妄などがその要因となる。 ●医師・看護師を中心に原因を適切にアセスメントし、患者の本来のポテンシャルが発揮できる状況を整える。
2 離床のプランニング (ポジショニング・シーティング)	●離床により意識レベル・生活機能の改善を促すことができる。また食支援においては特に座位保持の安定性が重要になる。 ●主に看護師と理学療法士が連携し、身体機能や生活環境の評価、シーティングやポジショニングのために必要な支援機器の利用、リハビリテーションの介入などを検討する。
3 低栄養と脱水のアセスメント ／栄養ケアのプランニング	●入院中は、炎症による消耗や食事制限等により低栄養・サルコペニアが進行しやすい。 ●栄養状態の評価を行うとともに、必要なエネルギーや水分が日常の食事から安定的に摂取できる環境を整える。 ●管理栄養士は栄養アセスメントを行うとともに、食事を準備する「世帯の力」を評価し、本人・家族・介護者が日常生活の一部として無理なく適切な形態・量の食事が確保できるよう支援する。世帯内調理のみならず、ONSや宅配食の活用なども含まれる。 ●管理栄養士は介入頻度が制限され(月2回)、訪問管理栄養士のいない地域もある。看護師や医師など、管理栄養士以外の多職種が、基本的な栄養評価や食支援のスキルを身につけておくことも重要である。
4 口腔機能ケア ／嚥下機能評価	●退院直後は、口腔機能・嚥下機能が低下した状態の患者が多い。口腔内の乾燥やそれに伴う口腔環境の悪化、義歯の不適合などが生じているケースもある。これらは摂食不良のみならず、誤嚥性肺炎のリスクでもある。 ●必要な口腔ケアを行い、安全な経口摂取ができること、そして栄養ケアと摂食嚥下リハビリを組み合わせ、摂食嚥下機能の回復を目指す。 ●入院中に嚥下機能評価が行われているケースが多いが、退院後は療養環境が異なる。歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士・摂食嚥下障害看護認定看護師などによる嚥下機能の再アセスメントを行うとともに、食支援につなげる。
5 薬物療法の最適化	●薬物の影響により、意識レベルや身体機能・摂食嚥下機能に悪影響が生じることがある。 ●退院時には、「病院から自宅」の環境変化に応じた薬剤調整が必要になる。 ●薬剤師と医師により処方調整を進める。 ●退院後2週間で身体状況は急激に変化することがある。看護師をはじめ、関わる多職種で状況を共有しながら、変化に応じた薬剤の微調整を行う。

引用文献 *1 メディバンクス株式会社. ニュートリション・ジャーナル. 2020;6:06
*3 Volkert D. et al. Clinical Nutrition. 2022;41:958-89

*2 White JV. et al. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2012;36(3):275-83
*4 Yoshimura Y. et al. Nutrients. 2021;13:3274

アボットジャパン合同会社

東京都港区三田3-5-27

[お問い合わせ・資料請求先] お客様相談室:フリーダイヤル 0120-964-930

2023年9月作成
JP202341694ENH1



資料請求はこちら

