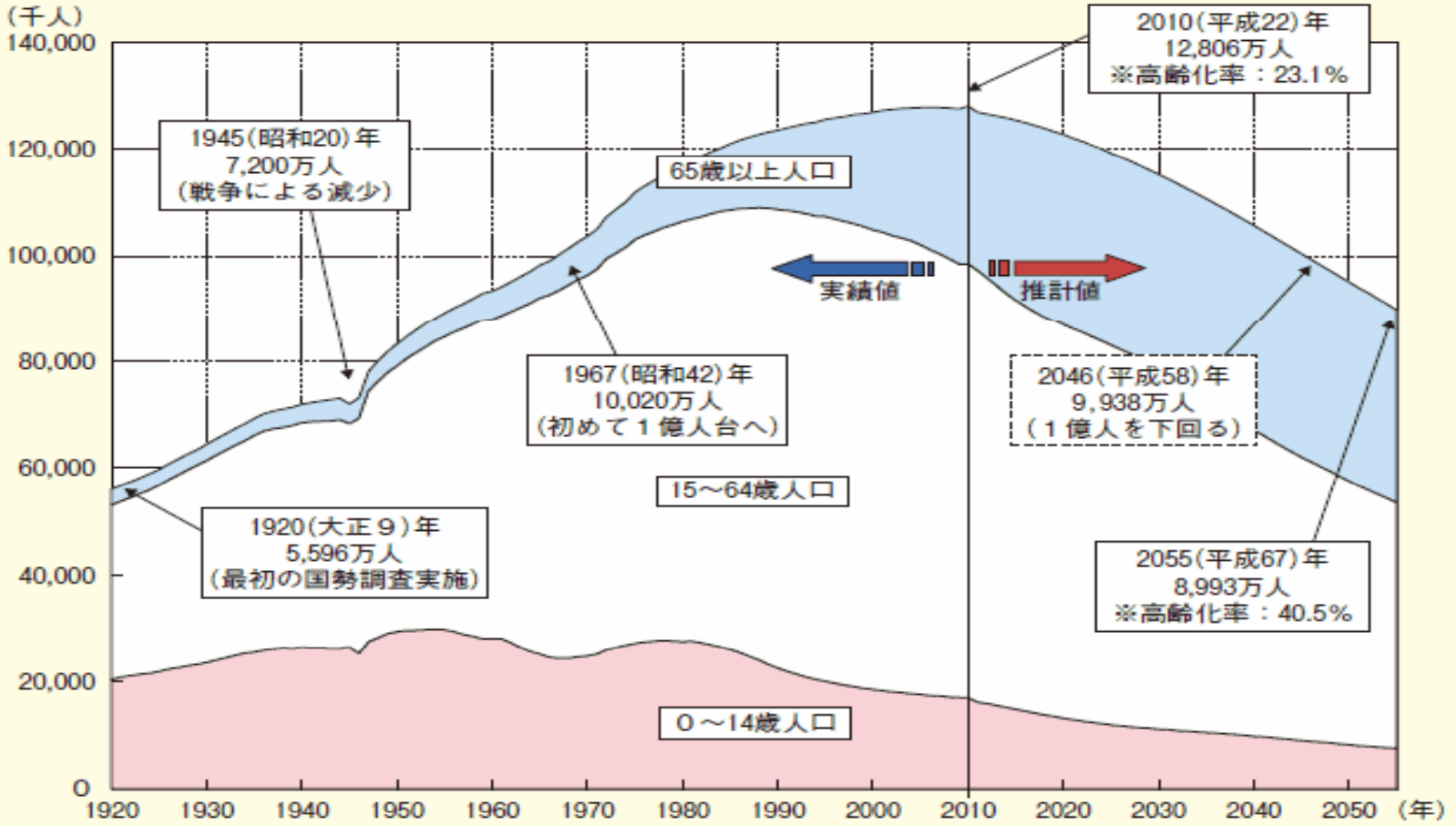
2014.5.30　alicセミナー

超高齢社会と介護食品

（新しい介護食品）

（公社）日本栄養士会
専務理事　迫和子

日本の総人口の推移



資料：実績値（1920～2010年）は総務省「国勢調査」、「人口推計」、「昭和20年人口調査」、推計値（2011～2055年）は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」の中位推計による。

注：1941～1943年は、1940年と1944年の年齢３区分別人口を中間補間した。1945～1971年は沖縄県を含まない。また、国勢調査年については、年齢不詳分を按分している。

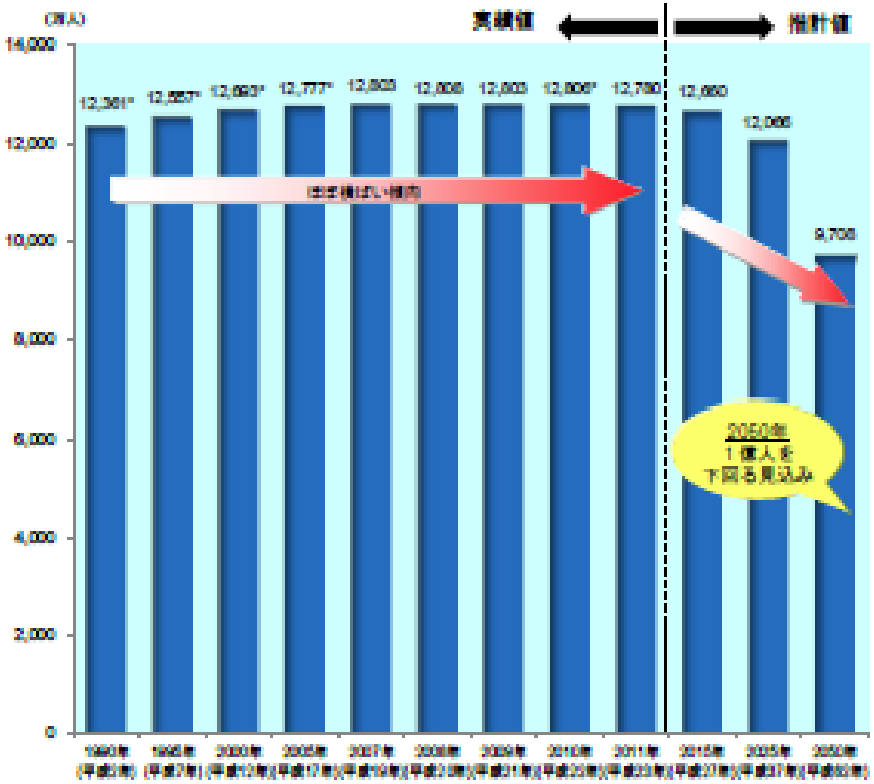
（厚生労働省：健康日本21（2次）参考資料より）

（参考１）日本の総人口と高齢者人口の推移

○ 我が国の人口は近年１億2,800万人前後で推移しているが、今後少しずつ減少傾向に転じ、2050年（平成62年）には1億人を下回る見通しとなっている。

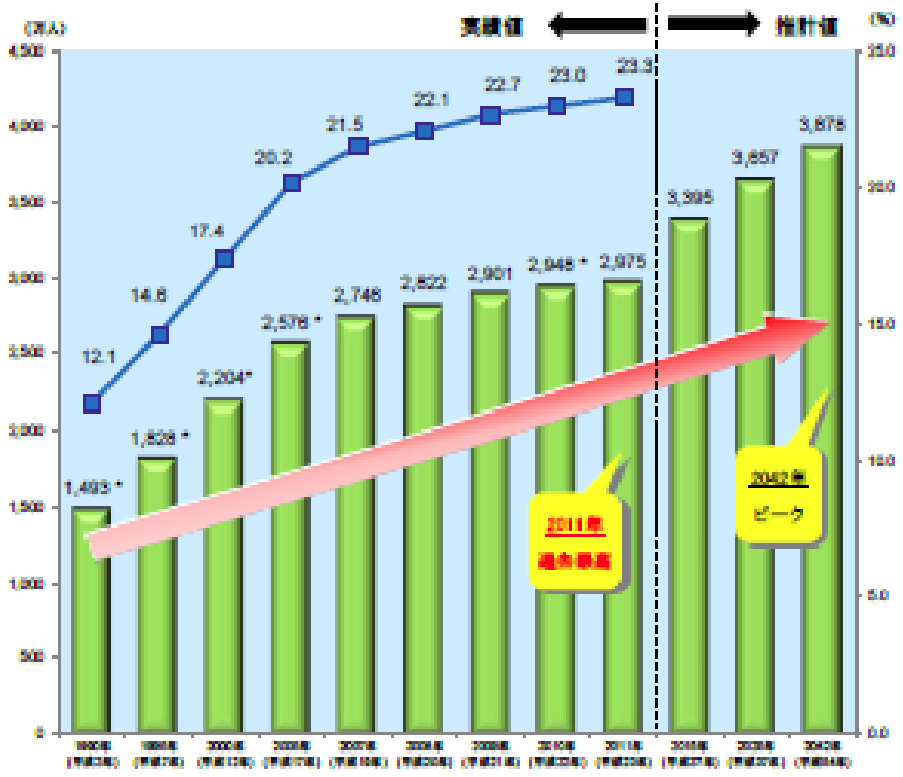
○ 我が国の65歳以上の高齢者人口は、2011年（平成23年）に2,975万人で、過去最高となり、今後も上昇を続ける見込み。また、総人口に占める高齢者（65歳以上）の割合（高齢化率）は、1990年（平成2年）の12.1%から、年々上昇を続け、2011年（平成23年）には23.3%と、「４人に１人が高齢者」という状態となっている。

■総人口の推移と見通し



資料：総務省「人口推計」（各年10月１日現在）より作成（*は「国勢調査」年齢不詳人口はあん分して含めている）
国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」

■高齢者人口の推移



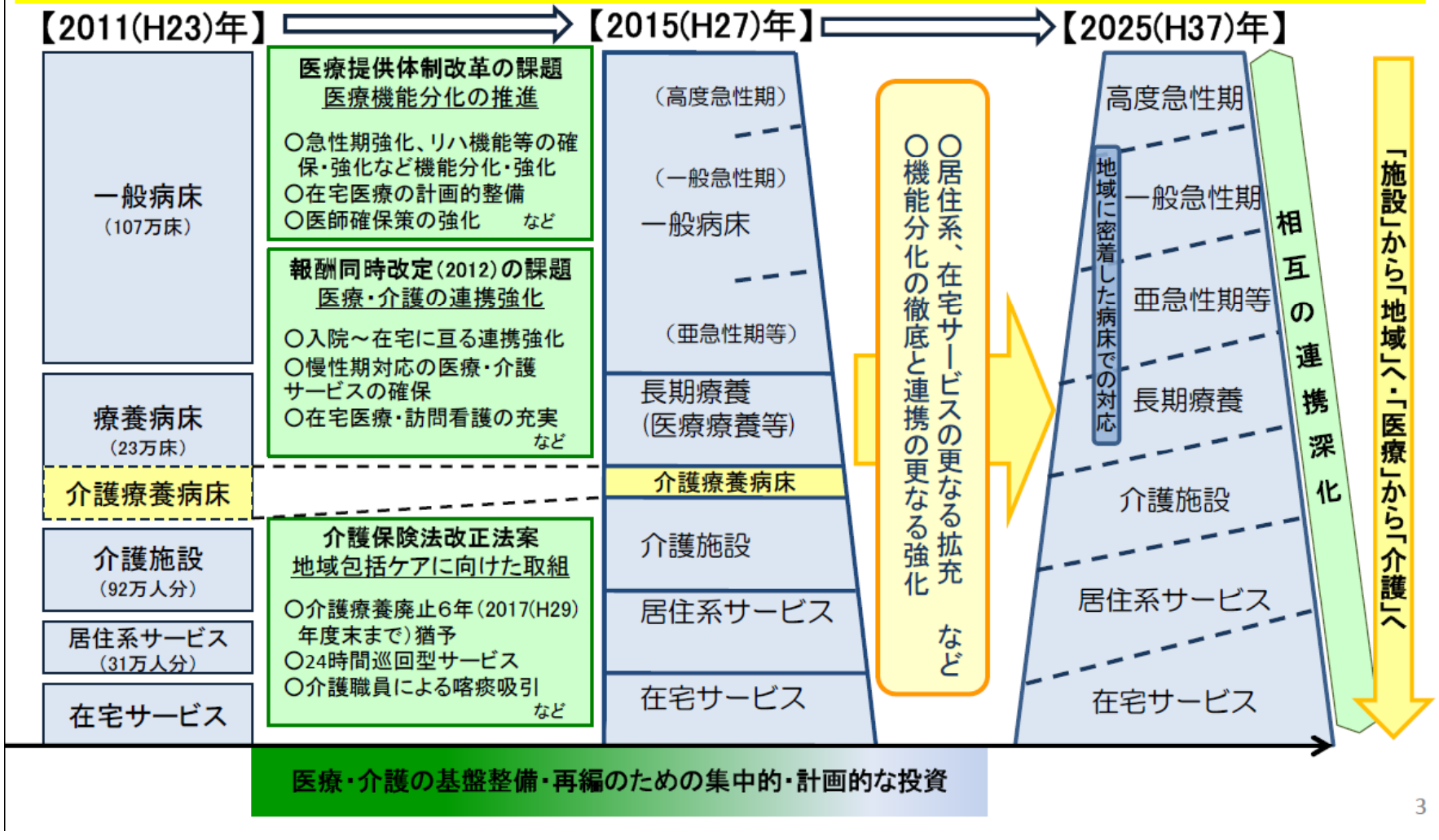
資料：総務省「人口推計」（各年10月１日現在）より作成（*は「国勢調査」年齢不詳人口はあん分して含めている）国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」

15

（農林水産省：介護食品「」論点整理の会資料より）

将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

○　病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。
○　医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。



(在宅医療、在宅介護あんしん2012)

医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

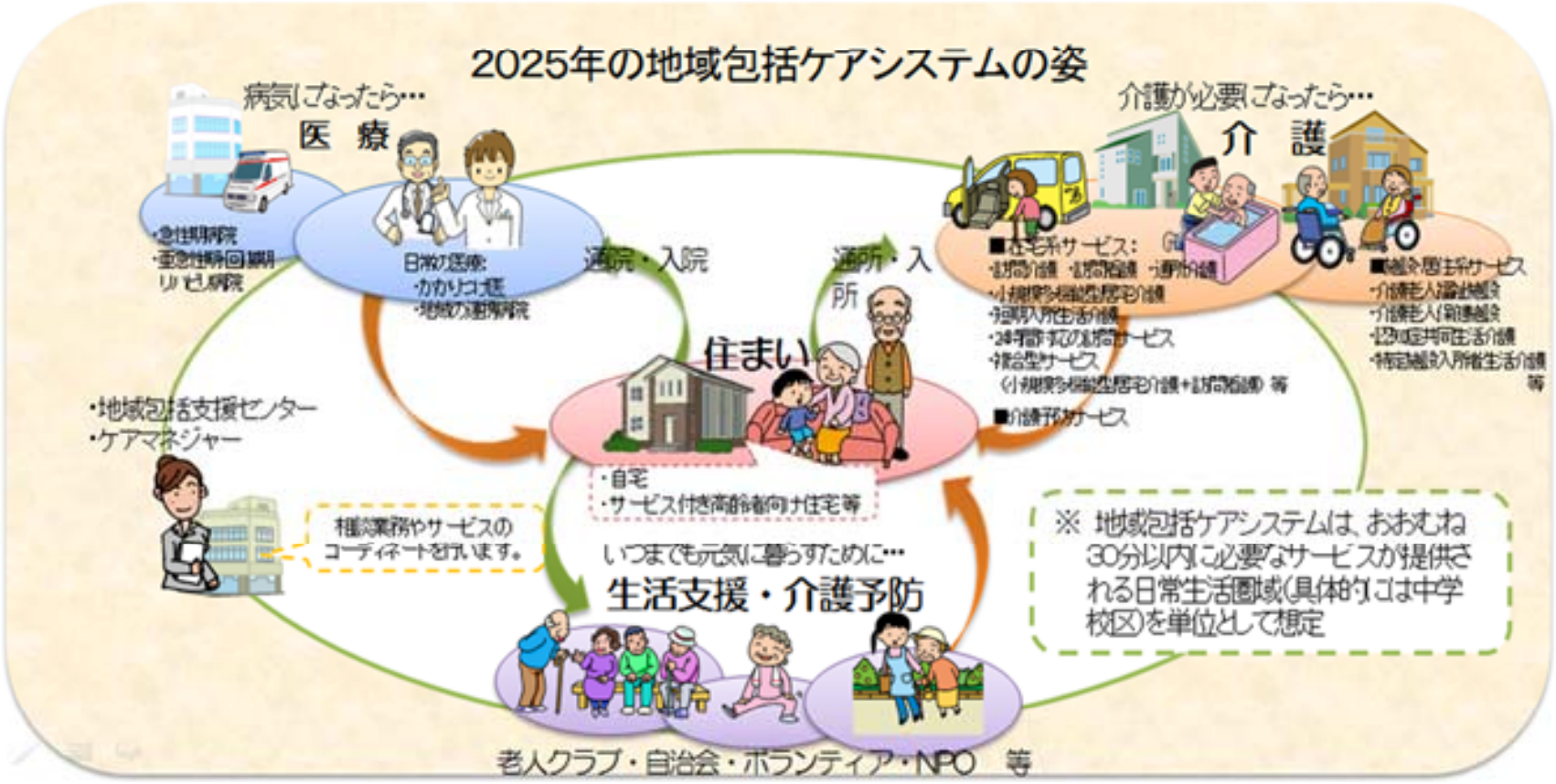
パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設	
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度 退院患者数 125万人/月	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度 （参考） 急性 15日程度 高度急性 19～20日程度 一般急性 13～14日程度 亜急性期等 75日程度 亜急性期等 57～58日程度 長期ケア 190日程度 ※推計値 152万人/月	【高度急性期】 22万床 30万人/月 70%程度 15～16日程度	【高度急性期】 18万床 25万人/月 70%程度 15～16日程度	
一般急性期			【一般急性期】 46万床 109万人/月 70%程度 9日程度	【一般急性期】 35万床 82万人/月 70%程度 9日程度	【地域一般病床】 24万床 77%程度 19～20日程度 29万人/月
亜急性期・回復期リハ等			【亜急性期等】 35万床 16万人/月 90%程度 60日程度	【亜急性期等】 26万床 12万人/月 90%程度 60日程度	
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設 特養 老健（老健＋介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

（注１）医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。
（注２）「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。
ここでは、地域一般病床は、概ね人口5～7万人未満の自治体に暮らす者（今後2000～3000万人程度で推移）100人当たり1床程度の整備量を仮定。

第24回社会保障審議会医療部会（2011.12.1）

○ **住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現**により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。

○ 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**を生じています。
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



(厚生労働省ホームページ:地域包括ケアシステム)

高齢者の社会参加・生活支援の充実に向けた国民的な運動の推進

～超高齢社会を支える地域社会の実現～

目指すべき社会

地域包括ケア

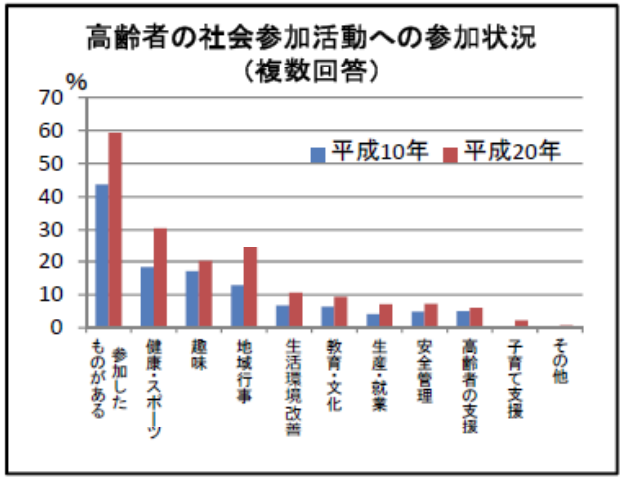
高齢者の社会参加の推進 ⇔ 生活支援（見守り・配食・外出支援・サロン）の充実

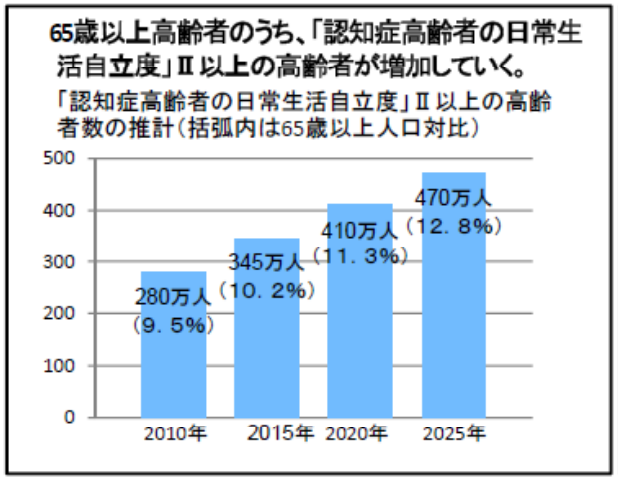
元気な高齢者の参加が推進され、生活支援の担い手として活躍する地域社会の実現

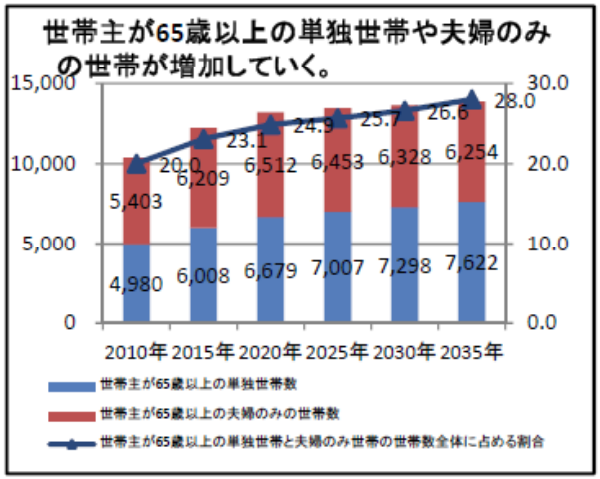
現状

○ 高齢者の社会参加活動については60歳以上の高齢者のうち59.2%（平成20年）が1年間に何らかの活動に参加。10年前と比べると15ポイント以上増加しているがまだ十分ではない。

○ 近年、孤立死、孤立化の問題、買い物難民等の問題が社会問題化。今後、認知症高齢者の増加、単身・夫婦のみ世帯の増加し、特に都市部で急速な高齢化が予想される中、支援を必要とする高齢者は増加する一方、家庭や地域の力はますます低下することが懸念される。



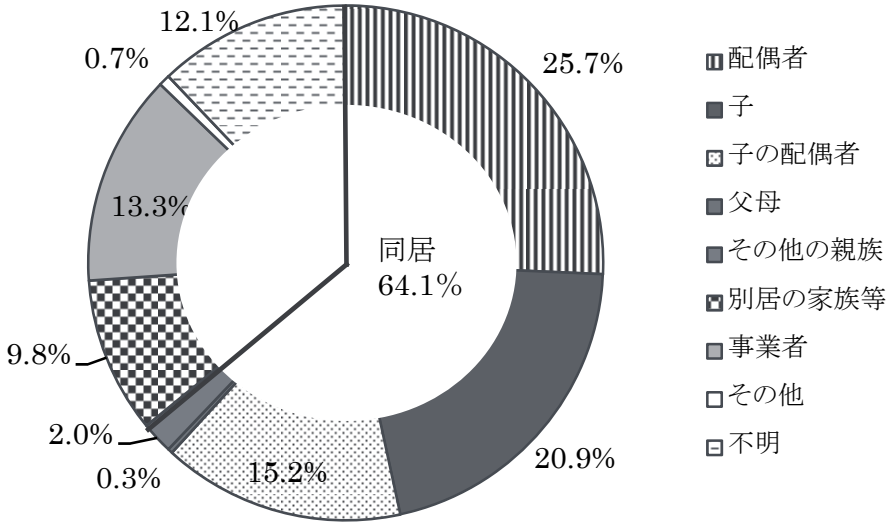




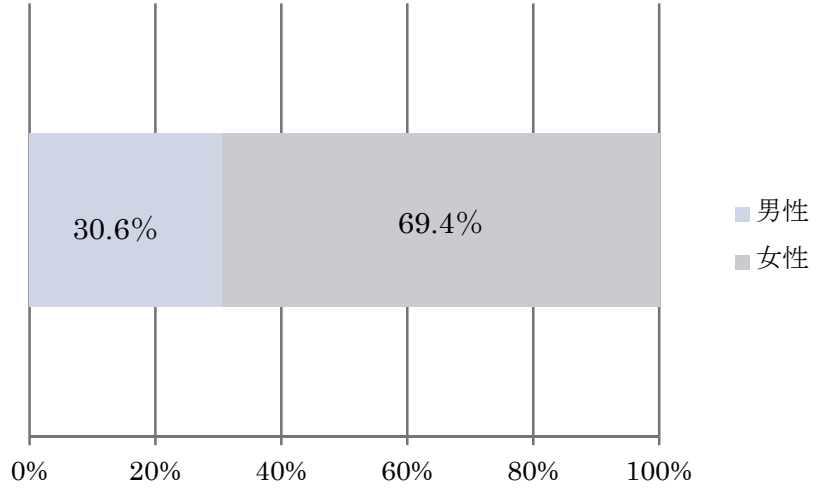
（厚生労働省：高齢者の社会参加・生活支援の充実に向けた国民的な運動の推進）

主な介護者の状況等

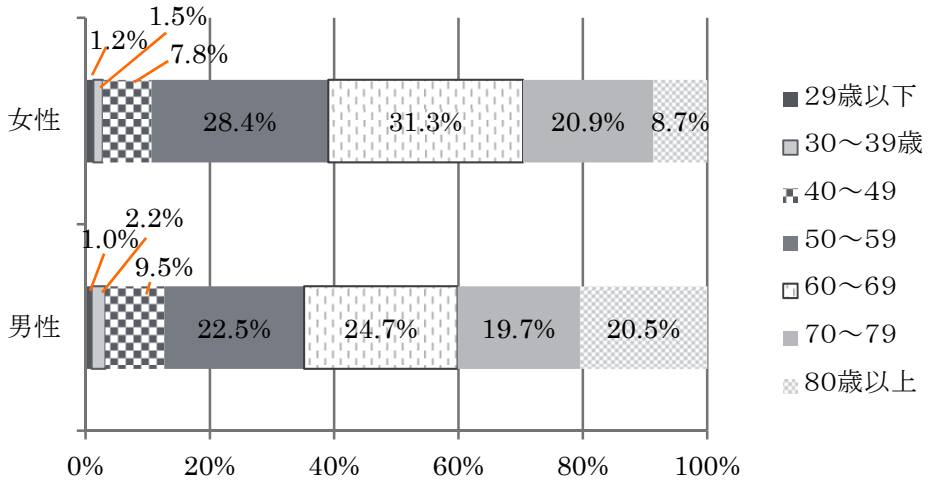
（農水省：介護食品認知度向上ワーキング資料）



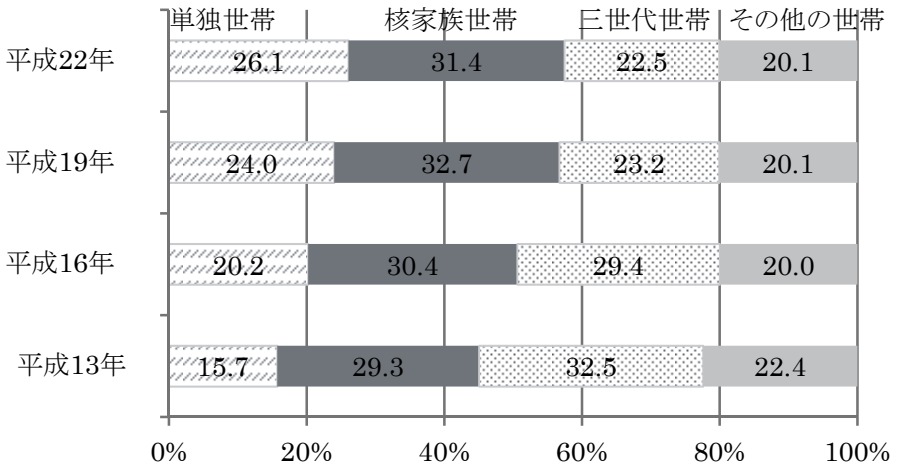
要介護者等との続柄別にみた主な介護者の構成割合



同居の主な介護者の構成割合（性別）



年齢階級別にみた同居の主な介護者の構成割合



世帯構造別にみた要介護者等のいる世帯の構成割合の年次推移

出典：厚生労働省平成22年国民生活基礎調査

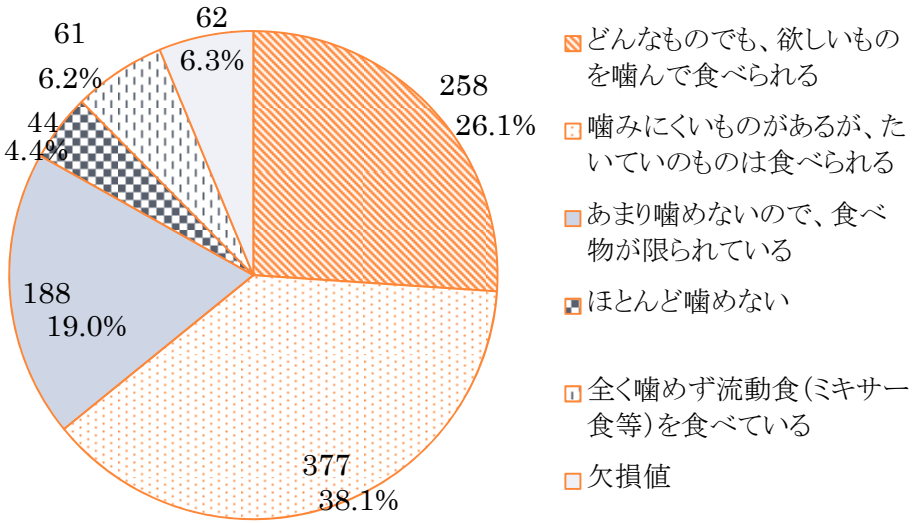
高齢者の栄養問題（基礎知識）

1　**低栄養**・・・・ADLの低下、脱水症、褥瘡、摂食・嚥下障害、
　　免疫力低下等を引き起こす。
2　脱水症・・・・発熱、虚弱、下痢、利尿剤・減塩食の長期摂取、
　　嘔吐、水分摂取不足、
3　褥瘡・・・・・・低栄養と関連（十分なエネルギー、タンパク質、
　　ビタミンA・C、亜鉛、銅などの補給）
4　摂食・嚥下障害・・・脳血管疾患の後遺症や加齢による機能
　　低下、低栄養や脱水と関連
5　慢性便秘・・弛緩性便秘が多い。（腸管の運動低下による腸管
　　通過時間の遅延）

基礎疾患の保有・・・・食事療法の実施、薬物療法（食欲低下・味覚
　　障害等）

（農水省：介護食品認知度向上ワーキング資料）

在宅高齢者の摂食・嚥下機能に関するデータ



噛める程度

	誤嚥あり	誤嚥なし	欠損	計
男性	87	269	28	384
	22.7%	70.1%	7.3%	100.0%
女性	88	491	27	606
	14.5%	81.0%	4.5%	100.0%

注：摂食・嚥下障害重症度分類（DSS）により、7正常範囲、6経度問題、5口腔問題が「誤嚥なし」とされ、4機会誤嚥、3水分誤嚥、2食物誤嚥、1唾液誤嚥が「嚥下あり」とされている。

誤嚥の有無

	BMI18.5未満		18.5≦BMI25		BMI25以上	
	n	%	n	%	n	%
ゼリー食ムース食	8	4.0	6	1.6	3	2.9
ペーストミキサー食	16	8.0	7	1.8	1	1.0
きざみ食	19	9.5	24	6.2	2	2.0
軟食	44	22.1	88	22.7	15	14.7
常食	112	56.3	262	67.7	81	79.4
合計	199	100.0	387	100.0	102	100.0

BMIと食事形態

出典：国立長寿医療研究センター（平成24年度老人保健健康増進等事業　在宅療養患者の摂取状況・栄養状態の把握に関する調査研究報告書

調査対象者：男性384名、女性606名、計990名
対象者の年齢：男性81.1±7.9歳、女性84.7±8.3歳

在宅高齢者の栄養状態のデータ

（農水省：介護食品認知度向上ワーキング資料）

栄養評価（MNA-SF)の結果

	低栄養	低栄養のおそれあり	（参考）低栄養+低栄養のおそれあり計	栄養状態良好	計
男性	126	135	261	108	369
	34.1%	36.6%	70.7%	29.3%	100.0%
女性	230	200	430	152	582
	39.5%	34.4%	73.9%	26.1%	100.0%
計	356	335	691	260	951
	37.4%	35.2%	72.7%	27.3%	100.0%

注：MNA-SF（Mini Nutritional Assessment）；高齢者の栄養評価スケール

栄養状態と要支援・要介護度

	低栄養		低栄養のおそれあり		栄養状態良好	
	n	%	n	%	n	%
自立,要支援 1,2	8	2.3	35	10.7	38	15.4
要介護1	22	6.3	32	9.8	45	18.2
要介護2	34	9.8	67	20.5	67	27.1
要介護3	43	12.4	59	18.0	38	15.4
要介護4	64	18.4	58	17.7	36	14.6
要介護5	177	50.9	76	23.2	23	9.3
合計	348	100.0	327	100.0	247	100.0

栄養状態と食事形態

	低栄養		低栄養のおそれあり		栄養状態良好	
	n	%	n	%	n	%
ゼリー食,ムース食	14	4.8	6	1.9	1	0.4
ペースト,ミキサー食	28	9.6	6	1.9	2	0.8
きざみ食	45	15.4	14	4.5	9	3.6
軟食	74	25.3	74	23.8	40	15.9
常食	131	44.9	211	67.8	200	79.4
合計	292	100.0	311	100.0	252	100.0

出典：国立長寿医療研究センター（平成24年度老人保健健康増進等事業　在宅療養患者の摂取状況・栄養状態の把握に関する調査研究報告書

・調査対象者：男性384名、女性606名、計990名

・対象者の年齢：男性81.1±7.9歳、女性84.7±8.3歳

栄養改善

チェックしてみましょう！

当てはまるものがあったら、低栄養の恐れがあります。

- □ 痩せていますか？（BMI18.5未満）
- □ 体重は減っていますか？
  （最近6ヶ月間で2～3kg減）
- □ 血清アルブミンは3．5g/dl以下ですか？
- □ 食事量が少ないですか？
  （必要量の75%以下）
- □ 流動食ですか？
- □ 口から食べれてますか？
  経管栄養ですか？
- □ 褥創がありますか？

はい

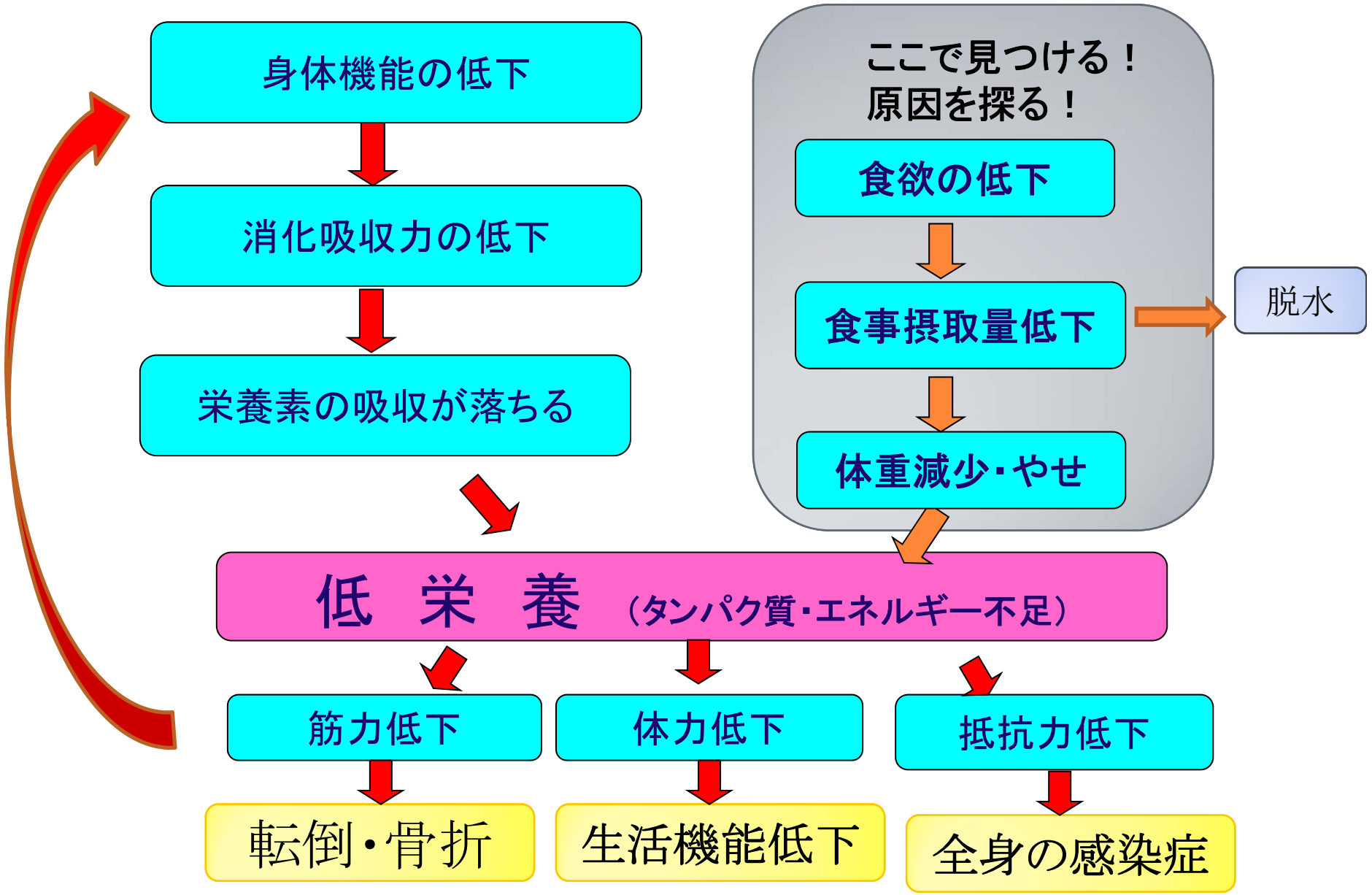
栄養改善サービス
（管理栄養士）

低栄養

これを防ぐ

生活機能低下

低栄養の早期発見・早期改善が重要です。



食欲低下・低栄養の原因は

口腔の問題
○歯牙の欠損、義歯の不適合
○唾液分泌の減少、口腔乾燥
○咀嚼筋群の筋力低下
○舌の乳頭・味蕾の数の減少及び委縮
○呼吸機能の低下
○喉頭の位置の低下、知覚の低下
○食塊の通過時間の遅延

社会的な問題
○経済的困難
○独居または高齢者世帯への移行
○社会からの孤立
○食環境の変化（買物難民化）
○個人差が大

感覚器の問題
○味覚・嗅覚・視覚・聴覚の低下
○皮膚感覚の低下
○温度感覚の低下

生活習慣の問題
○生活習慣の乱れ
○誤った健康感

心理的な問題
○生活意欲の減退
○うつ、認知症、アルコール中毒、食事への不安

消化・吸収・代謝の問題
○胃粘膜の委縮による胃液分泌機能の低下
○膵液消化酵素の分泌低下
○小腸の粘膜細胞の委縮
○腸管運動機能の減退
○消化機能低下による吸収不良
○腹筋の筋力低下
○代謝異常

筋力・体力の問題
○上肢・手指・関節の筋力低下や障害
○身体活動量の減少
○基礎代謝の低下

基礎疾患の保有
○薬剤による副作用
○サプリメントの利用
○食事療法の実施

高齢者に聞きました。
低栄養って？　＝　栄養失調

戦中・戦後の食糧難時代を生きてきた高齢者にとってつらい体験
苦しい時代を思い出させることば
家族（特にお嫁さん）にとっては、もっとつらいことば

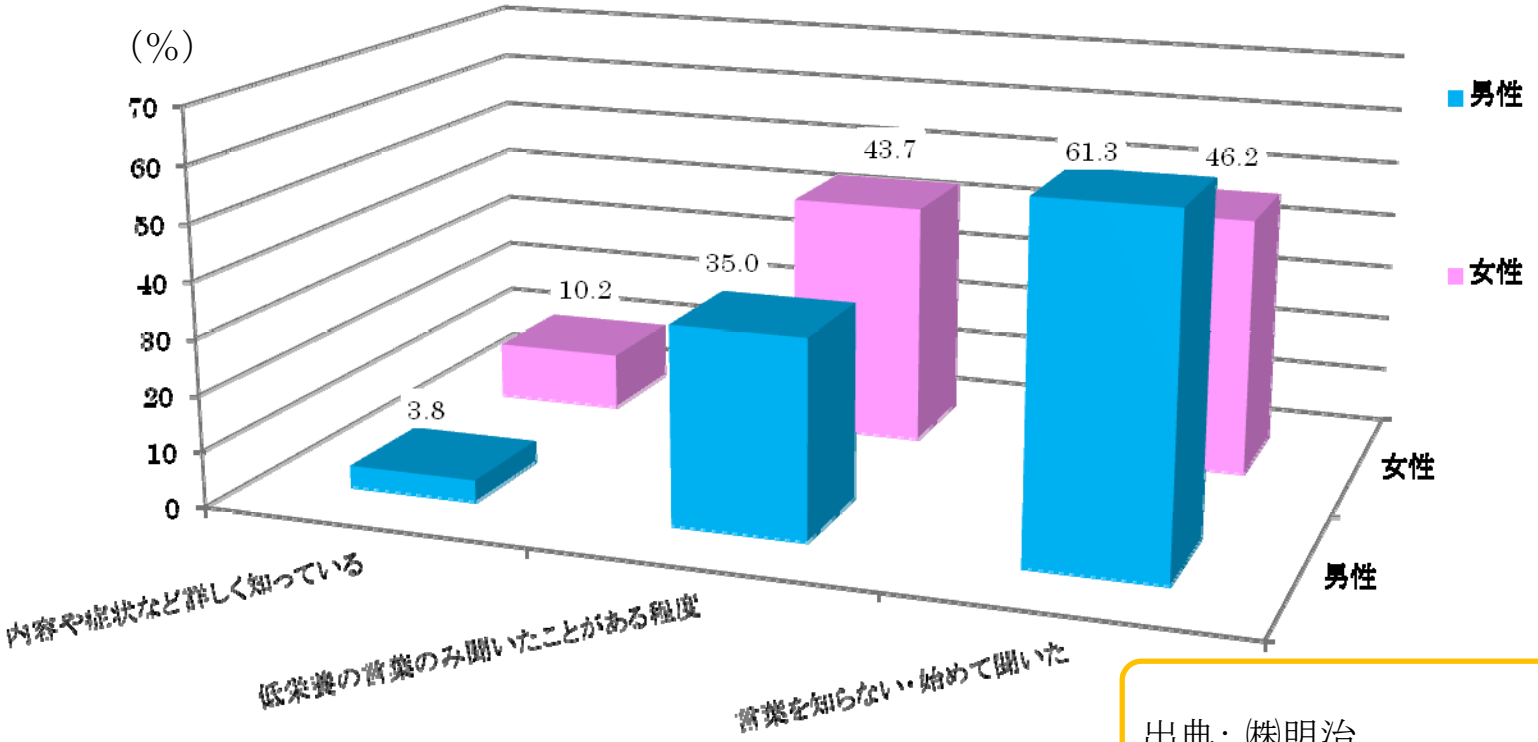
本人や家族への説明（同意）にあたって
“低栄養”は禁句
「やせ、体重減少→筋力低下、抵抗力低下」を切り口にして説明すると受け入れやすいのではないか。
高齢者が“食べることの重要性”から説明すると受け入れやすいのではないか。

ポピュレーションアプローチが重要です。
高齢になると、誰でもちょっとしたことが原因で低栄養になっていく。
高齢者本人や家族、かかわる人たちが理解していくことが大事

（農水省：介護食品認知度向上ワーキング資料）

低栄養の認知度

「低栄養」という言葉の認知度



出典：㈱明治

調査対象者：全国の50～60歳の男女
調査対象者数：485名

介護予防で栄養管理が継続できた例

栄養スクリーニング

リスクレベルの判定（低、中、高）、進行状態の把握

危険因子	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5未満	
体重減少率	変化無し (減少3%未満)	1ヶ月に3～5%未満 3ヶ月に3～7.5%未満 6ヶ月に3~10%未満	1ヶ月に5%以上 3ヶ月に7.5%以上 6ヶ月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl未満
食事摂取量	良好 （76～100%）	不　良 （75%以下）	
栄養補給法		経腸栄養 経管栄養	中心静脈栄養
褥瘡			

高齢者の栄養教室　Aさんの場合

参加時の状況：

夏風邪を引いてから体調不良。
体力がなくなり、楽しみにしていた兄弟会の旅行も
行けなかった。（－3～4kg）

原因： 家のリフォームで気を使い、食事量が減少。夏痩せと
夏風邪が重なり、治りきれないうちに、また風邪でずっと食欲低下。

本人の計画： 3食かならず食べる。おやつを食べる。
牛乳かヨーグルトを1日1回。
休まずに教室に参加する。

経過： 毎回出席。栄養教室の仲間に友達ができ、定期的に外出して活動
的になってきた。食事量も増加。

体重変化： 37.4kg→37.1kg→39.4kg

現在： 体重も増え、元気になってきた。
「風が吹いてもふらつかなくなった。」

高齢者の栄養教室　Bさんの場合

参加時の状況：
介護疲れによる体重減少　（－3～4kg）
内科を受診し、食事がとれないときは点滴

症状：　食事しようと思ってもぐーっとせりあがってきて、のどを通らない。(4ヵ月後に神経性食道狭窄症と診断)

原因：　介護していた夫が胃ろうになって、食事の仕度がいらなくなったことによる喪失感

経過：　初回のみ出席。欠席の連絡時に「のどを通らない。体重減少」の訴えがあり、管理栄養士が訪問し栄養相談。緊急時の食事について指導

体重変化：　40.1kg→39.1kg→42.0kg

現在：　体重も元に戻り、ボランティア活動を実施

栄養アセスメント

身体状況・健康状態、精神面、生活環境、栄養摂取状況、
調理力、サービス利用状況等から課題を整理
本人や家族の意向

年齢:66歳　女性　　要介護:5　　介護者:　夫
入院日: 平成14年6月 20日間　　入院時疾患:　脱水、発熱
既往歴: 脳梗塞・出血、認知症、腎結石、便秘、子宮筋腫、高血圧、糖尿病など
在宅サービス利用状況:居宅療養管理指導(訪問栄養食事指導)、訪問看護、
ホームヘルプサービス、通所リハビリ、訪問リハビリ、訪問歯科診療、
訪問診療、
居宅療養管理指導開始日:平成14年7月より現在

入院から居宅療養管理指導までの身体状況

主観的情報
- 発熱による食欲不振、脱水、便秘
- 退院後の食事サービス(夫の調理による問題)
- 認知症悪化、脱力感により座位不可
- 現疾患による生活習慣病

客観的情報　便　1/3 day,BW 52kg HT 152cm ,BMI22 ,AC 23cm,TSF15mm,
入院前　水分摂取量 300/day 食事摂取量約450kcal,
薬剤　レニベース、メバロチン、ラキソベロン、アダラート、中心静脈栄養施行

栄養ケア計画

長期目標
短期目標
栄養ケアの内容

同意と交付

○適正栄養量の算定と栄養素等摂取量の把握:
○適正な栄養補給法の指導
○食形態の適正化
○慢性疾患に対する食事療法の指導
○調理方法の指導
○食事環境の整備と支援
○特殊食品や治療用食品、経腸栄養剤等の紹介、指導

適正栄養量の算定と栄養素等摂取量の把握:
1400kcal、水分1800cc、食物繊維25g
腸内環境の改善、塩分摂取量6g

適正な栄養補給法の指導:
長期目標:ADLのUP、夫の調理技術を向上させ行動変容を起す、ホームヘルパーへの栄養教育を行う。
短期目標:栄養状態安定させる、脱水改善、便秘改善、血糖値、血圧正常値化、薬剤の減量

（駒沢女子大学教授　田中弥生氏訪問事例）

モニタリング

身体状況の変化、食生活状況等をモニタリング
栄養状態を評価
栄養ケア計画に反映
（継続、見直し）

栄養状態安定：身体計測、浮腫確認
脱水予防：必要水分量=体重×35ccで計算
電解質補給:アイソトニック飲料等の補給
便秘改善：食物繊維25g～30g、
善玉菌ラクトバチルス等摂取の促し、水分補給
生活習慣病: TEE（総エネルギー消費量）の確定、塩分の適正化

評　価

問題点の改善
便秘：改善し、毎日良便
薬剤：レニベースが減量した
ADL ：座位が可能となった
血糖値：正常化
食欲　：安定した

食生活状況の改善
指示栄養量：　1400kcal
摂取栄養量：　ほぼ　同
指示水分量：　指示通り
摂取塩分量：　20g→8g
間食　菓子　→　ヨーグルト
食事形態：　刻み→　なし

（駒沢女子大学教授　田中弥生氏訪問事例）

高齢者の食事摂取基準(2010年版)

高齢者（70 歳以上）の推定エネルギー必要量（再掲）

	男　性			女　性		
身体活動レベル	I	II	III	I	II	III
エネルギー（kcal/日）	1, 850	2, 200	2, 500	1, 450	1, 700	2, 000

身体活動量の加齢変化については、65 歳以上の男性を対象とした身体活動に関する 10 年間の追跡調査の報告があり[53]、1 週間当たりの身体活動時間（散歩、自転車、庭作業）は、10 年間で 589 分から 396 分へと約 1/3 減少（1 日当たり 28 分減少）していた。これらの身体活動のうち、自転車及び庭作業の時間が減少したのに対して、散歩の時間は変化が少なく、加齢に伴い散歩の占める割合が増加していた。

施設居住者は、自立した高齢者よりも身体活動レベルが低い傾向にあり[54]、また日本人の施設入居者では、健康であっても非常に低い基礎代謝量が報告されている[55]。身体活動と生命予後との観点からは、余暇の身体活動におけるエネルギー消費量として、高齢者で少なくとも 1, 000 kcal/週以上は必要である[56]。高齢者では単に個人の体格や健康状態のみでなく、生活状況なども考慮して身体活動レベルを推定したうえでの、適切なエネルギー摂取が求められる。

日本人の食事摂取基準（2015年版）における高齢者についての記述

（農水省：介護食品認知度向上ワーキング資料）

「日本人の食事摂取基準（2015年版）策定検討会」報告書
平成26年3月28日公表

食事摂取基準の概要

（策定の目的）
日本人の食事摂取基準は、健康増進法（平成14年法律第103号）第30条の2に基づき厚生労働大臣が定めるものとされ、国民の健康の保持・増進を図る上で摂取することが望ましいエネルギー及び栄養素の量の基準を示すものである。
（使用期間）
平成27（2015）年度～平成31（2019）年度の5年間。
（ポイント）
- 生活習慣病の発症予防とともに、重症化予防を追加。
- 対象について、健康な個人並びに集団とし、高血圧、脂質異常、高血糖、腎機能低下に関して、保健指導レベルにある者までを含む。
- エネルギーの摂取量及び消費量のバランスの維持を示す指標として、「体格（BMI:body mass index）」を採用。

目標とするBMIの範囲（18 歳以上）[1, 2]

年齢（歳）	目標とするＢＭＩ（kg/m^2）
18～49	18.5～24.9
50～69	20.0～24.9
70 以上	21.5～24.9 [3]

注1）男女共通。あくまでも参考として使用すべきである。
注2）観察疫学研究において報告された総死亡率が最も低かったBMI を基に、疾患別の発症率とBMI との関連、死因とBMI との関連、日本人のBMI の実態に配慮し、総合的に判断し目標とする範囲を設定。
注3）70 歳以上では、総死亡率が最も低かったBMI と実態との乖離が見られるため、虚弱の予防及び生活習慣病の予防の両者に配慮する必要があることも踏まえ、当面目標とするBMI の範囲を21.5~24.9 とした。

出典：「日本人の食事摂取基準（2015年版）策定検討会」報告書（平成26年３月28日公表）

（農水省：介護食品認知度向上ワーキング資料）

高齢者についての記述（抜粋）

・妊婦・授乳婦、乳児・小児、高齢者については、その特性上、特に注目すべき事項について参考資料が示された。
・高齢者については、過栄養だけではなく、低栄養、栄養欠乏の問題の重要性に鑑み、フレイルティ（虚弱）やサルコペニア（加齢に伴う筋力の減少）などとエネルギー・栄養素との関連についてレビューし、最新の知見がまとめられた。
・たんぱく質、アミノ酸、ビタミン、ミネラル等のサルコペニア・フレイルティに対する関与又は介入効果については、認知症発症と栄養素との関連同様結論に至っておらず、今後更なる科学的根拠（エビデンス）の蓄積が望まれるとして、「今後の課題」に挙げられた。

○　今後、超高齢社会における栄養の問題として、健康寿命の延伸や介護予防の視点から、過栄養だけではなく、後期高齢者（75歳以上）が陥りやすい「低栄養」、「栄養欠乏」の問題の重要性が高まっている。
　脳卒中を始めとする疾病予防の重要性は言うまでもないが、後期高齢者が要介護状態になる原因として無視できないものとして、「認知症」や「転倒」と並んで「高齢による衰弱」がある。「高齢による衰弱」とはまさしく老年医学で言う「虚弱：フレイルティ（frailty）」を含んでおり、低栄養との関連が極めて強い。また、高齢者の身体機能障害のリスク因子、転倒リスク因子として加齢に伴う筋力の減少、又は老化に伴う筋肉量の減少（以下、サルコペニア）も注目されている。この病態は栄養障害、虚弱（以下、フレイルティ）とも関連が強く、転倒予防や介護予防の観点からも重要である。

○　将来の身体機能障害との関連が強いフレイルティとサルコペニアの予防の重要性が注目されている。この予防のターゲット臓器とゴールは骨格筋とその機能維持であり、骨格筋量、筋力、身体機能は栄養素としてはたんぱく質摂取量に強い関連があるため、たんぱく質の重要性が注目されている。

出典：「日本人の食事摂取基準（2015年版）策定検討会」報告書（平成26年３月28日公表）

（認知度向上ワーキング資料）

農林水産省が介護食品の取組を行う理由

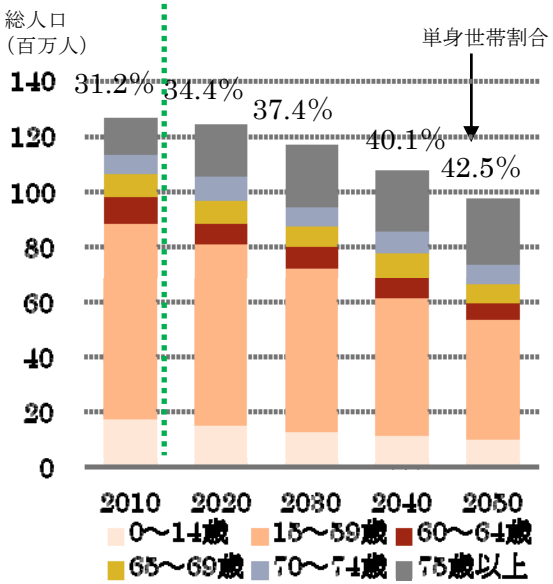
○　日本の総人口が2008年をピークに減少に転じる一方、高齢者は増加。世帯類型は単独世帯が主流となり、その約3割が高齢者単独世帯（2010年）。一方で、女性の社会進出が進み、共働き世帯は増加。

○　介護食品の市場規模は、平成24年度で1020億円。一方、ニーズは約2兆5千億円と試算され、介護食品が広く利用されていない状況。

○　地場農水産物を活用した介護食品の取組もまだまだ少ない状況。

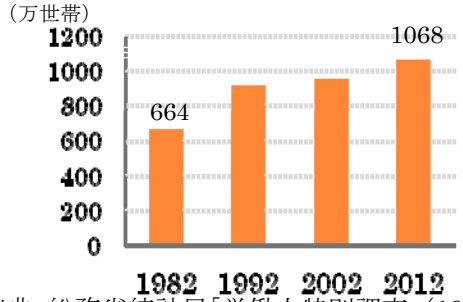
○　介護食品市場の活性化を図ることは、農林水産業・食品産業を振興し、かつ、国民への食料の安定供給という農林水産省のミッションに合致するものである。

高齢化の進展と単身世帯の増加



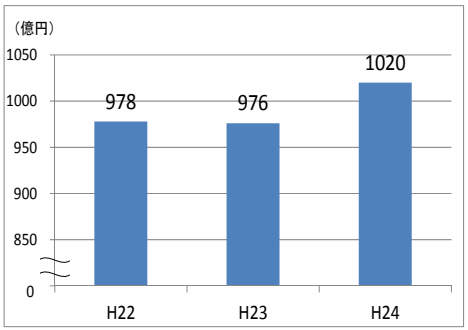
出典：2010年は総務省「国勢調査」、2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・志望中位仮定による推計結果

共働き世帯の増加



出典：総務省統計局「労働力特別調査」（1980年～2001年）、「労働力調査（詳細集計）」（1～3月平均）（2002年～2012年）

介護食品市場の動向

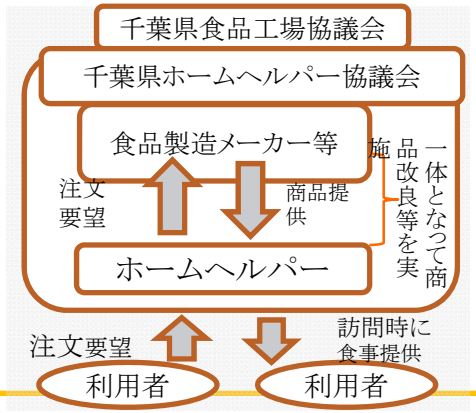


出典：富士経済研究所

◆　特産品を使った介護食品の開発の事例

鹿児島県種子島産の安納芋を使った安納芋ゼリー（介護食品）N社が商品開発し、平成26年4月から主に介護施設等へ販売開始

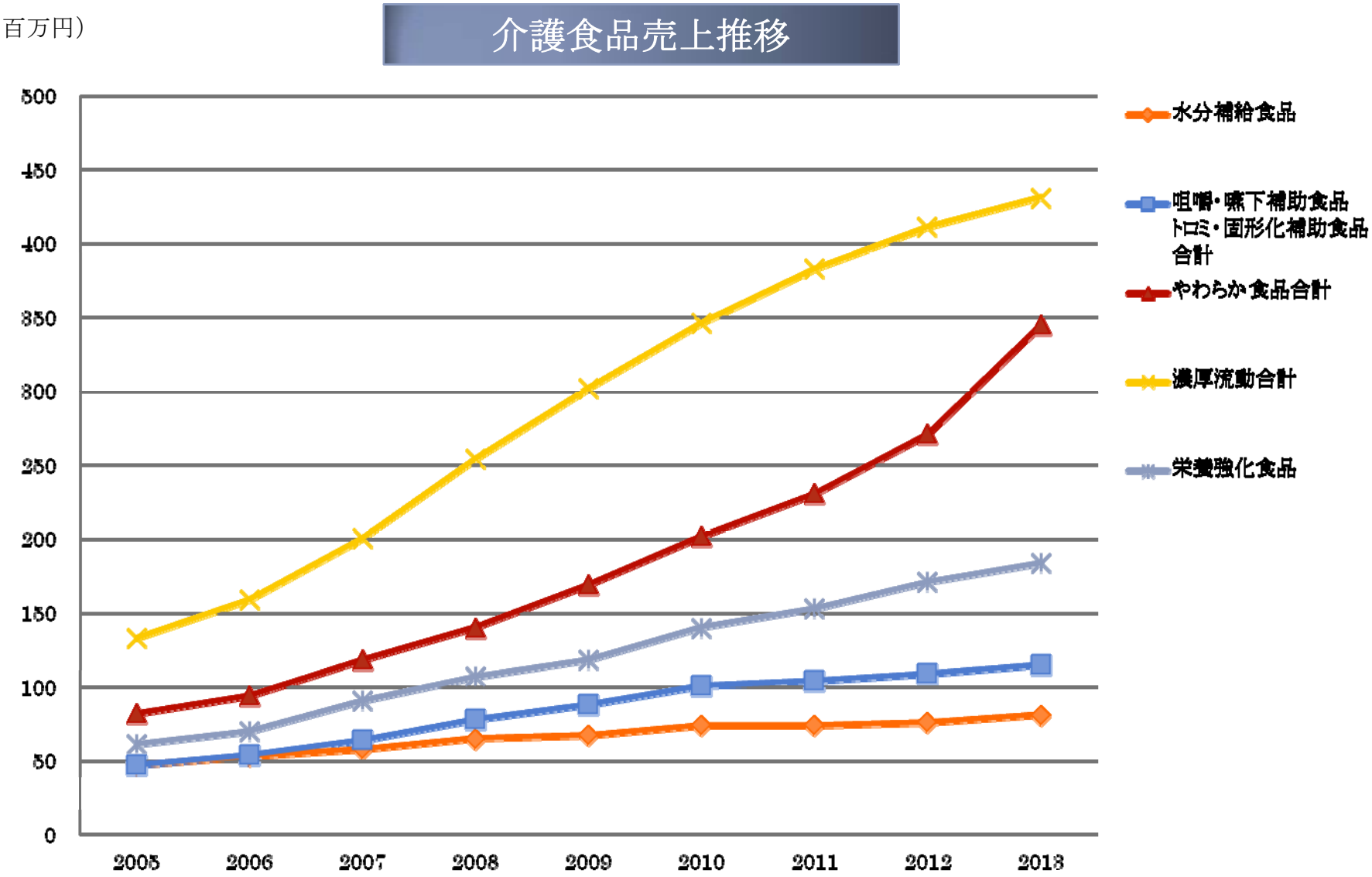
◆ホームヘルパーと食品製造メーカー等が連携した高齢者向け食事提供サービスの取組



介護食品の販売動向

（農水省：介護食品認知度向上ワーキング資料）

（百万円）



出典：ヘルシーフード㈱

介護食品の市場規模としているものの対象範囲

（農水省：介護食品認知度向上ワーキング資料）

○　介護食品の市場規模については、2010年（平成22年）は978億円、2013年（平成25年）は1,068億円と推計しているデータがある。
○　これについては、市場に流通している食品の商品群のうち、一般の利用度が高いものを除いたもので推計を行っている。
○　他方、高齢者や要支援・要介護者が増え続けていく中で、今後拡大が見込まれる調理のいらない介護食や完成食宅配市場、施設給食市場をどう捉えていくかが課題であると考えられる。

分類	内容
流動食（総合栄養食品の一部）	1ml（もしくは1g）当たり1kcal以上のエネルギーを有し、3大栄養素をバランス良く含む完全栄養食として捉えられる液体状（ゼリー状のような半固体状も含む）の商品のうち、病者への適用を主目的とした食品規格の商品が対象。天然濃厚流動食（総合栄養食品）は基本対象に含めるが、ゼリー飲料型の「カロリーメイトゼリー」等のように一般利用頻度の高い商品は対象外。
やわらか食（やわらか食品に該当（在宅用、病院施設用））	疾病や老化により飲食物の咀嚼や飲み込みが困難になり、通常の食材及びメニューでは誤嚥を引き起こす可能性がある咀嚼・嚥下困難者に対する「キザミ食」、「ソフト食」、「ムース食」等と呼ばれる商品を「やわらか食」と総称し、そのうち小売店や通販で販売されている在宅向けの商品と施設用に分けて推計。
栄養補給食（栄養補給食品に該当）	高齢者に不足しがちな5大栄養素及び食物繊維の補給を目的に、高齢者の咀嚼・嚥下機能に配慮した形態の加工食品が対象。
水分補給食（水分補給食品に該当）	嚥下困難な高齢者に不足しがちな水分補給の摂取が目的として開発された、ゼリー状、ムース状、粉末の商品が対象。
とろみ調整食品・固形化補助剤（とろみ調整食品の一部）	加齢もしくは疾病によって嚥下機能が低下した嚥下困難者が、食事の際に起こりやすい誤嚥性肺炎を防ぐために、とろみや粘度をつけて飲み込みやすくするための素材である、とろみ調整食品と固形化補助剤が対象。 とろみ調整食品はキザミ食やミキサー食に加えることでジェル状に仕上げ、固形化補助剤は飲料等液状のものに加えることでゲル状に仕上げ、いずれの商品も嚥下困難者の正常な嚥下機能をサポートする役割を果たす。ここでは、摂食・嚥下障害をもつ人のために開発された専用商品を対象とし、それ以外の一般食品用等は対象外。

○用途別販売動向

（単位：百万円）

	2012年（平成24年）				2013年（平成25年）見込み			
	在宅用		施設用		在宅用		施設用	
	販売額	ウエイト	販売額	ウエイト	販売額	ウエイト	販売額	ウエイト
流動食	6,500	9.9%	59,400	90.1%	7,000	10.3%	60,700	89.7%
在宅用やわらか食	2,300	100.0%	—	—	2,750	100.0%	—	—
施設用やわらか食	—	—	8,200	100.0%	—	—	9,200	100.0%
栄養補給食	500	5.4%	8,700	94.6%	550	5.6%	9,250	94.4%
水分補給食	350	15.9%	1,850	84.1%	370	15.4%	2,030	84.6%
とろみ調整食品・固形化補助剤	2,600	18.3%	11,600	81.7%	2,750	18.5%	12,150	81.5%
合計	12,250	12.0%	89,750	88.0%	13,420	12.6%	93,330	87.4%

資料：「高齢者向け食品市場の将来展望 2013～在宅需要の開拓が鍵となる高齢者向け食品～」（（株）富士経済、2013年）

介護食品の歴史

（農水省：介護食品定義ワーキング資料）

～1980年代
病院や老人ホーム等で、個々のケースに応じた介護用加工食品が作られる

ミキサー食、きざみ食

1982年
管理栄養士等が「介護食」開発

ゼラチンで固めた食事（嚥下困難者も食べやすく）

1990年代
介護食品に注目集まる
（施設向けの介護食品からスタート）
→安定した品質や栄養面、衛生面が確立した食事供給についての要望、病院や老人ホーム等でも手軽に食べられる介護食品のニーズ拡大

1990年後半
レトルトパウチタイプの市販用介護食品が登場

様々な形状（ゼリー食、とろみ食等）の介護食品が増加

2000年代
介護保険制度の施行とともに、介護用加工食品市場への参入企業が増加

各メーカーが独自の考え方で介護食品を開発
→統一感のないばらついたものに一部の業界が主体となった自主規格の策定

固さにより区分された介護食品

～現在
様々な食品メーカーの参入により、複数の規格・基準の介護食品が存在

食材の形を残した介護食品

介護食の原型（ミルクのプリン）

社会福祉法人 小田原福祉会
高齢者総合福祉施設　潤生園

1984年　潤生園園長の時田純氏が介護食の研究を開始
この頃日本で初めて「介護食」を開発
（管理栄養士の椎野恵子氏・浜松大学大学院教授・（独）国立健康・栄養研究所 栄養ケア・マネジメント プロジェクトリーダー 手嶋登志子氏）（最初は"救命食"の名）

1991年　時田園長が日本栄養改善学会から「学会賞」受賞

潤生園が開発した「介護食」

1、介護食とは食物や水などに噎せて、食べられない人、飲み込めない人のために工夫し、特別に調理した食事
2、体位の保持の仕方や、介助の仕方を並行的に工夫することによって、誤嚥せずに口から摂取することができる食事

嚥下障害があっても食べたり飲み込める食物形態
①唾液のような粘りがあって滑らかであること
②とろけるようにソフトで飲み込み易いこと
③食塊が口の奥までまとまって送られバラケないこと
④栄養素と水分が十分摂取できること
⑤彩りが良く食欲が湧いて美味しいこと

資料：潤生園資料、食品シリーズ「高齢者用食品の開発と展望」（株シーエムシー出版、2012年）を基に作成

「新しい介護食品」の考え方
（農林水産省：介護食品のあり方に関する検討会）

利用者（在宅高齢者や障がい者）の視点

○　利用者のニーズに対応した親しみやすく、定着しやすい名称・愛称
○　食べる楽しみ、QOL（生活の質）、見た目、美味しさ、入手のしやすさ、コストに配慮

「食べることに関して問題がある」という視点

○　噛むこと、飲み込むことという食べる方の身体的機能に問題があること

○　現在でも低栄養の状態にあるか又は今後低栄養に陥る危険性が高いことにより、機能障害を起こしたり健康状態を悪化させる懸念があること

A：現状では食機能にも栄養状態にも問題がなく、体重の急な減少がない

B：食機能に問題はないが、栄養状態が不良

C：食機能に問題があるが、本人又は介護を行っている方の食内容や食形態の工夫により栄養状態は良好

D：食機能に問題があることから栄養状態が不良

利用目的ごとに基準を作成（噛みやすさ、飲み込みやすさ、栄養量など）