

表Ⅲ-C-3 認知症高齢者の日常生活自立度別低栄養状態リスク者出現状況

		認知症日常生活自立度						p-値
		Ⅱb以下		Ⅲa以上		合計		
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	
BMI	中高リスク	54	(47.4)	121	(49.2)	175	(48.6)	0.748
体重減少率	中リスク	19	(26.0)	54	(28.3)	73	(27.7)	0.273
	高リスク	13	(17.8)	20	(10.5)	33	(12.5)	
食事摂取量	中高リスク	32	(29.6)	46	(19.7)	78	(22.8)	0.041 (*)
血清アルブミン値	中リスク	26	(51.0)	53	(40.5)	79	(43.4)	0.158
	高リスク	5	(9.8)	7	(5.3)	12	(6.6)	
栄養補給法 褥瘡	高リスク	8	(7.0)	14	(5.6)	22	(6.1)	0.626
	高リスク	1	(0.9)	13	(5.2)	14	(3.9)	

*: p<0.005

(5) 認知症軽度者ならびに重度者における食 関連周辺症状の把握とその特性

A. 栄養ケア・マネジメント帳票からの食関連周 辺症状の把握

栄養ケア・マネジメント帳票 363 件からプレ
テストとして無作為抽出された 80 票から 2 人の
管理栄養士によって一致して抽出された食関
連用語は 363 個であった。これらを小項目とし
て、類似のものをまとめて以下に記載するよう
に【食事の失認】【拒食】【傾眠】【偏食】【興奮、
妄想、大声、暴言、暴力】【詰め込み】【手づか
み】【早食い】【徘徊】【丸呑み】【異食】【盗食】
【昼夜逆転】の 13 項目の食関連周辺症状中項
目としてコード番号(BP-01~13)を付与した
(表Ⅲ-C-4)。なお、残りの帳票についても
同様に用語の抽出を行い、各中項目に同様に
分類した。2 人の管理栄養士によって抽出
に違いがみられた事例は 10 件(3.0%)であり、
これらは抽出漏れであったので分類に加える
ことができた。

<食事と認識できない><食事で遊んでし
まう><摂食行為の認識欠如><直前に食
べていたことを忘れる><食べていないと訴え
る><どれを食べていいのか分からない><

食事の印象がない><食事の時間が分から
ない><食事が残っていることが分からない
><食べていることを忘れる><食べ物の認
識がない>等の 33 小項目は、全体の 17.2%
に相当し、これらは同様に対象物を理解したり、
把握することができなくなることを示しているこ
とから【食事の失認】とした。

<拒食をする><はきだし><食事を拒否
する><食介助拒否により食べない><食べ
ることを嫌がる><認知症による食事拒否>
等の 13 小項目は、全体の 15.4%に相当し、こ
れらは同様に食事の拒否を示していることから
【拒食】とした。

<傾眠><うとうとしている><食事中寝て
しまう><ずっと閉眼している>等の 5 小項目
は、全体の 12.1%に相当し、これらは同様に昼
夜問わずうとうと寝ていることを示しているこ
とから【傾眠】とした。

<偏食><ムラ食い><好き嫌いが多い>
<偏った食品の摂取><一品食い><決ま
ったものしか口にしない><気分次第で食べたり
食べなかったりが激しい>等の 8 小項目は、
全体の 11.3%に相当し、これらは同様に偏った
食事の摂取を示していることから【偏食】とし

た。

＜興奮する＞＜奇声＞＜暴力をふるう＞＜叫ぶ＞＜大声を出す＞＜空腹になると不機嫌になり、物を投げる＞等の10小項目は、全体の10.2%に相当し、これらは同様に食事における興奮・妄想・大声・暴言・暴力を示していることから【興奮・妄想・大声・暴言・暴力】とした。

＜食事の詰め込み＞＜詰め込んでしまう＞＜次から次から口に入れてしまう＞の3小項目は、全体の4.4%に相当し、これらは同様に食事を口に詰め込んでいることを示していることから【詰め込み】とした。

＜手づかみ＞の1小項目は、全体の4.1%に相当し、食事を手づかみで食べていることを示していることから【手づかみ】とした。

＜早食い＞＜食事かきこんで早い＞＜食事時間が短い＞＜早く食べてしまう＞等の5小項目は、全体の3.8%に相当し、これらは同様に通常より早く、誤嚥等危険な食事摂取をしていることを示していることから【早食い】とした。

＜徘徊＞＜食事中に席を離れて歩く＞の2小項目は、全体の3.3%に相当し、これらは同

様に認知症によって引き起こされる無目的に歩き回る行動を示していることから【徘徊】とした。

＜丸呑みする＞＜噛まないでそのまま飲み込む＞等の3小項目は、全体の3.3%に相当し、これらは同様に食事を丸ごと飲み込んでいることを示していることから【丸呑み】とした。

＜異食＞＜空の容器をかじる＞の2小項目は、全体の3.3%に相当し、これらは同様に食べられる物と食べられない物の区別がつかなくなり、食べ物でないものを口に入れる行為を示していることから【異食】とした。

＜盗食＞＜他の人の食器に手を伸ばして食べようとする＞の2小項目は全体の2.6%に相当し、これらは同様に他人の食事に手がのびたり、盗んで食べることを示していることから【盗食】とした。

＜昼夜逆転＞の1小項目は全体の2.6%に相当し、食事が提供される昼間に寝ていて、夜に行動的になり、食事が摂取しにくい状態になっていることを示していることから【昼夜逆転】とした。

表III-C-4 食関連周辺症状と抽出数

	コード		人数 (n=390)	(%)
食事の失認	BP-01	食事と認識できない	10	(2.6)
		食事で遊んでしまう	4	(1.0)
		摂食行為の認識欠如	4	(1.0)
		直前に食べていたことを忘れている	4	(1.0)
		食べていないと訴える	4	(1.0)
		どれを食べていいのか分からない	3	(0.8)
		食事の印象がない	3	(0.8)
		食事の時間が分からない	2	(0.5)
		食事が残っていることが分からない	2	(0.5)
		食べていることを忘れる	2	(0.5)
		食べ物の認識がない	2	(0.5)
		全部の食品を混ぜて遊んでしまう	2	(0.5)
		食事の認知力低下で自分で食べられない	2	(0.5)
		食べ方を教えないと分からない	2	(0.5)
		食事の遊び食べが多い	2	(0.5)
		食べた直後に空腹を訴える	2	(0.5)
		食事に集中できず手をつけない	1	(0.3)
		余所見ばかりする	1	(0.3)
		これ何ですかを繰り返す	1	(0.3)
		食事を目の前にポーっとしている	1	(0.3)
		床に食事をふりまく	1	(0.3)
		食事の内容たずねると「分からない」	1	(0.3)
		食事中なのにムセこみながらずっと話をしている	1	(0.3)
		ぼんやりして自分で食べようとししない	1	(0.3)
		口に含んだままポーっとする	1	(0.3)
		自分の食事を他の人にあげてしまう	1	(0.3)
		トレイごと食事を運ぶともてあそんでしまう	1	(0.3)
		食べることが理解できなく、近くの人に何度も聞く	1	(0.3)
		食べたことを忘れ、「ごはんちょーだい」といつも訴える	1	(0.3)
		自分の食事なのか分からない	1	(0.3)
食べ方も分からない	1	(0.3)		
お膳を見ず口につめこみムセる	1	(0.3)		
スプーンに食べ物が入っていないのに口に運ぶ	1	(0.3)		
拒食	BP-02	拒食をする	24	(6.2)
		はきだし	5	(1.3)
		食事を拒否する	5	(1.3)
		食介助拒否により食べない	4	(1.0)
		食べることを嫌がる	4	(1.0)
		認知症による食事拒否	4	(1.0)
		口を閉じて食べてくれようとししない	3	(0.8)
		食べることに全く意欲ない	3	(0.8)
		手を払ってうけつけない	2	(0.5)
		食事に対し拒否	2	(0.5)
		食介助拒否で食べない	2	(0.5)
口からべっべと吐き出す	1	(0.3)		
声をかけてもポーっとして口を開かない、拒否する	1	(0.3)		
傾眠	BP-03	傾眠	41	(10.5)
		うとうとしている	2	(0.5)
		食事中寝てしまう	2	(0.5)
		ずっと閉眼している	1	(0.3)
		食事中も寝て覚醒状態がまばら	1	(0.3)

表III・C-4 食関連周辺症状と抽出数につき

	コード		人数 (n=390)	(%)
偏食	BP-04	偏食	22	(5.6)
		ムラ食い	7	(1.8)
		好き嫌いが多い	4	(1.0)
		偏った食品の摂取	4	(1.0)
		一品食い	2	(0.5)
		決まったものしか口にしない	2	(0.5)
		気分で食べたり食べなかったりが激しい	2	(0.5)
		献立によって食べるものと食べないものがはっきりしている	1	(0.3)
興奮・妄想・大声・ 暴言・暴力	BP-05	興奮する	10	(2.6)
		奇声	8	(2.1)
		暴力をふるう	7	(1.8)
		叫ぶ	5	(1.3)
		大声をだす	2	(0.5)
		空腹になると不機嫌になり、物を投げる	2	(0.5)
		泣く	2	(0.5)
		服を着ない、全裸になると食事中大声出す	1	(0.3)
		コップを投げる	1	(0.3)
		介護士に皿を投げつけ食べない	1	(0.3)
詰め込み	BP-06	食事の詰め込み	11	(2.8)
		詰め込んでしまう	3	(0.8)
		次から次から口に入れてしまう	3	(0.8)
手づかみ	BP-07	手づかみ	16	(4.1)
早食い	BP-08	早食い	7	(1.8)
		食事かきこんで早い	3	(0.8)
		食事時間が短い	3	(0.8)
		早く食べてしまう	1	(0.3)
		流し込み	1	(0.3)
徘徊	BP-09	徘徊	11	(2.8)
		食事中に席を離れて歩く	2	(0.5)
丸呑み	BP-10	丸呑みする	9	(2.3)
		噛まないでそのまま飲み込む	3	(0.8)
		みそ汁を全部にかけて丸のみ状態	1	(0.3)
異食	BP-11	異食	11	(2.8)
		空の食器をかじる	1	(0.3)
盗食	BP-12	盗食	8	(2.1)
		他の人の食器に手を伸ばして食べようとする	2	(0.5)
昼夜逆転	BP-13	昼夜逆転	10	(2.6)

B. 認知症高齢者の日常生活自立度別食関連周辺症状の特性

Ⅱb以下(248人)とⅢa以上(115人)において統計的な差異がみられた食関連周辺症状は、【食事の失認】【拒食】【傾眠】【興奮・妄想・大声・暴言・暴力】であった(表Ⅲ-C-5)。

【食事の失認】はⅢa以上22.2%であり、Ⅱb以下6.1%に比べて約3.5倍($p < 0.01$)、【拒食】はⅢa以上19.8%であり、Ⅱb以下7.8%に比べて約2.5倍($p < 0.05$)、【傾眠】はⅢa以上14.1%であり、Ⅱb以下3.5%に比べて約4倍($p < 0.05$)、【興奮・妄想・大声・暴言・暴力】はⅢa以上12.9%であり、Ⅱb以下4.3%に比べて約3倍($p < 0.05$)であり、これらの食関連周辺症状は重度者に高頻度にみられた($p < 0.05$)。

なお、その他の食関連周辺症状の各中項目にはⅡb以下とⅢa以上における統計的に有意な差異はみられなかった。

(6)認知症軽度者ならびに重度者における栄養ケア内容とその特性

A. 栄養ケア・マネジメント帳票からの栄養ケア内容の把握

栄養ケア・マネジメント帳票390件からプレテストとして無作為抽出された80票から2人の管理栄養士によって一致して抽出された栄養ケア内容用語は1,940個であった。これらを小項目として、類似のものをまとめて中項目を作成したが、この際、栄養ケア項目の出現頻度が全事例数の5%未満の「主食量減少」「時間の延長」「スプーンの変更」「テーブル調整」「療養食の指示」については、「主食量減少」は「主食量増量」と統合して「主食量変更」、 「時間の延長」は「時間帯変更」と統合して「食事時間の変更」、 「スプーンの変更」は「食器の

種類変更」と統合して「食器・具の変更」、 「テーブル調整」は「座席の変更」と統合した。また、「座席・テーブル調整」「療養食の指示」は類似の性質を持った項目が他になかったため削除した。なお「経腸栄養剤」は「濃厚流動食」として提供されていたので、「経腸栄養・濃厚流動」とした。

その結果、以下に記載する【食形態の変更】【代替食(嗜好)】【間食(食品)】【栄養補助食品】【経腸栄養・濃厚流動】【水分摂取】【主食量変更】【ソフト、ムース、ゼリー食】【おにぎり対応】【ハーフ食】【声掛け】【食事介助】【見守り】【食事時間の変更】【自助具、自助食器】【食器・具の変更】【小分けで提供】【配膳方法の変更】【座席・テーブル調整】【嚥下困難対応】【口腔ケア】【義歯の対応】の22項目を栄養ケア中項目としてコード番号(NT-01~22)を付与した(表Ⅲ-C-6、Ⅲ-C-7)。なお、残りの帳票についても同様に用語の抽出を行い、各中項目に同様にして分類した。2人の管理栄養士によって抽出に違いがみられた事例は10件(3.0%)であり、これらは抽出漏れであったので分類に加えることができた。

<食事形態変更><極刻みに変更する><ブレンダー食に変更する><刻み食に変更>等の8小項目は、全体の45.9%に相当し、これらをまとめて【食形態の変更】とした。

<代替食提供><嗜好品を出す><食べられるものに変えて提供する>等の5小項目は、全体の39%に相当し、これらをまとめて【代替食(嗜好)】とした。

<間食><おやつ>の2小項目は、全体の37.4%に相当し、【間食(食品)】とした。

<アイソカルプリン><ヤクルト><栄養付加としてのヨーグルト>等の24小項目は、全体の35.9%に相当し、これらをまとめて【栄養補

助食品】とした。

＜エンシュア＞＜メイバランスミニ＞＜ラコール＞等の14小項目は、全体の29.8%に相当し、これらをまとめて【経腸栄養・濃厚流動】とした。

＜水分摂取を心がける＞＜脱水傾向なので水分を確保する＞等の5小項目は、全体の4.6%に相当し、これらをまとめて【水分摂取】とした。

＜主食増量＞＜主食減量＞の2小項目は、全体の16.1%に相当し、これらをまとめて【主食量変更】とした。

＜ソフト食＞＜ムース食＞＜ゼリー食＞の3小項目は、全体の7.0%に相当し、これらをまとめて【ソフト、ムース、ゼリー食】とした。

＜おにぎりで提供する＞の1小項目は、全体の5.4%に相当し、これを【おにぎり対応】とした。

＜ハーフ食＞の1小項目は、全体の5.4%に相当し、これを【ハーフ食】とした。

＜声掛け＞の1小項目は、全体の53.1%に相当し、これを【声掛け】とした。

＜食事介助する＞＜全部介助＞＜後半介助＞等の5小項目は、全体の45.2%に相当し、これらをまとめて【食事介助】とした。

＜見守り＞の1小項目は、全体の31%に相当し、これを【見守り】とした。

＜時間帯変更＞＜食事早出し＞＜時間の変更＞等の6小項目は、全体の10.5%に相当し、これらをまとめて【食事時間の変更】とした。

＜自助食器＞＜自助具＞＜特殊食器＞等の4小項目は、全体の17.7%に相当し、これらをまとめて【自助具、自助食器】とした。

＜破損防止プラ食器＞＜食器の色を変える＞＜スプーンの変更＞等の5小項目は、全体の10.0%に相当し、これらをまとめて【食器・具

の変更】とした。

＜皿を小分けして提供＞＜量を分けて少量ずつ出す＞の2小項目は、全体の7.9%に相当し、これらをまとめて【小分けで提供】とした。

＜とりわけ皿使用＞＜食器の並べかえ＞＜食事の出す順序を変える＞＜1品ずつ提供＞等の11小項目は、全体の7.2%に相当し、これらをまとめて【配膳方法の変更】とした。

＜高さ調節＞＜カットアウトテーブル使用＞＜席の間隔をあける＞等の6小項目は、全体の3.4%に相当し、これらをまとめて【座席・テーブル調整】とした。

＜嚥下困難＞＜嚥下障害＞＜嚥下力低下＞等の7小項目は、全体の49.5%に相当し、これらをまとめて【嚥下困難対応】とした。

＜口腔ケア実施＞＜口腔内清掃する＞＜食前の口腔体操＞等の7小項目は、全体の12.8%に相当し、これらをまとめて【口腔ケア】とした。

＜義歯の調整＞＜義歯の不具合＞＜義歯の破損＞等の4小項目は、全体の3.1%に相当し、これらをまとめて【義歯の対応】とした。

さらに、これらの22中項目を、4つの大項目にカテゴリー化し、【食形態の変更】【代替食(嗜好)】【間食(食品)】【栄養補助食品】【経腸栄養・濃厚流動】【水分摂取】【主食量変更】【ソフト、ムース、ゼリー食】【おにぎり対応】【ハーフ食】を『栄養補給と食事摂取』、【声掛け】【食事介助】【見守り】【食事時間の変更】を『食事支援』、【自助具、自助食器】【食器・具の変更】【小分けで提供】【配膳方法の変更】【座席・テーブル調整】を『食事環境』、【嚥下困難対応】【口腔ケア】【義歯の対応】を『口腔・嚥下の機能向上』として分類した(表Ⅲ-C-6、Ⅲ-C-7)。

表Ⅲ-C-5 認知症高齢者の日常生活自立度別 食関連周辺症状の特性

	Ⅱb以下		Ⅲa以上		合計		p値
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
食事の失認	7	(6.1)	55	(22.2)	62	(17.1)	0.000 (***)
拒食	9	(7.8)	49	(19.8)	58	(16.0)	0.004 (*)
傾眠	4	(3.5)	35	(14.1)	39	(10.7)	0.002 (*)
興奮、妄想、大声、暴言、暴力	5	(4.3)	32	(12.9)	37	(10.2)	0.014 (*)
偏食	14	(12.2)	27	(10.9)	41	(11.3)	0.719
詰め込み	2	(1.7)	15	(6.0)	17	(4.7)	0.106
手づかみ	2	(1.7)	14	(5.6)	16	(4.4)	0.106
早食い	5	(4.3)	8	(3.2)	13	(3.6)	0.559
丸呑み	2	(1.7)	11	(4.4)	13	(3.6)	0.241
徘徊	1	(0.9)	11	(4.4)	12	(3.3)	0.113
異食	1	(0.9)	10	(4.0)	11	(3.0)	0.184
盗食	2	(1.7)	8	(3.2)	10	(2.8)	0.514
昼夜逆転	1	(0.9)	9	(3.6)	10	(2.8)	0.180

(*) : p<0.05 (***) : p<0.001

表Ⅲ-C-6 栄養ケア内容と抽出数①

カテゴリー	栄養ケア内容	コード	自由記載内容	人数 (n=390)	(%)		
栄養補給と食事摂取	食形態の変更	NT-01	食事形態変更	123	(31.5)		
			極刻みに変更する	21	(5.4)		
			ブレンダー食に変える	16	(4.1)		
			刻み食に変更	6	(1.5)		
			超刻み食に変更	4	(1.0)		
			常食一粥	3	(0.8)		
			手刻みに変更	3	(0.8)		
			常食形態に戻す	3	(0.8)		
			代替食(嗜好)	NT-02	代替食提供	118	(30.3)
					嗜好品を出す	11	(2.8)
食べられるものに変えて提供する	11	(2.8)					
好きな食品に変える	9	(2.3)					
好きな飲料に変える	3	(0.8)					
間食(食品)	NT-03	間食	108	(27.7)			
		おやつ	38	(9.7)			
栄養補助食品	NT-04	アイソカルブリン	15	(3.8)			
		ヤクルト	13	(3.3)			
		ヨーグルト	12	(3.1)			
		牛乳(補助食品として)	11	(2.8)			
		アイソカルゼリー	8	(2.1)			
		エンジョイゼリー	8	(2.1)			
		ジョア	6	(1.5)			
		アイオールソフト	6	(1.5)			
		ブロック	5	(1.3)			
		おいしくせんいココアブリン	5	(1.3)			
		プロテインゼリー	5	(1.3)			
		サンケンラクト(粉末)	5	(1.3)			
		エンジョイムース	5	(1.3)			
		アルジネード	4	(1.0)			
		豆乳	4	(1.0)			
		高カロリーゼリー	4	(1.0)			
		高カロリージュース	4	(1.0)			
		鉄ふりかけ	4	(1.0)			
		ムースゼリー	3	(0.8)			
		カップアガロリー	3	(0.8)			
HB粉飴ムース	3	(0.8)					
トウフィール	2	(0.5)					
ハウスおいしくサポートゼリー	2	(0.5)					
メイバランスソフトパウダー	2	(0.5)					

表Ⅲ-C-6 栄養ケア内容と抽出数① (つづき)

カテゴリー	栄養ケア内容	コード	自由記載内容	人数 (n=390)	(%)
栄養補給と食事摂取	経腸栄養・濃厚流動	NT-05	エンシュア	22	(5.6)
			メイバランスミニ	18	(4.6)
			ラコール	14	(3.6)
			ジャネフファインケア	12	(3.1)
			アミノプラス	10	(2.6)
			MA-7	8	(2.1)
			CZ-Hi	6	(1.5)
			リーナレンPro3.5	5	(1.3)
			CZ2.0	5	(1.3)
			ハイネックス	5	(1.3)
			MA-8	4	(1.0)
	メディエフ	3	(0.8)		
	えがおくらぶ	2	(0.5)		
	エレンタール	2	(0.5)		
	水分摂取	NT-06	水分摂取を心がける	31	(7.9)
			脱水傾向なので水分を確保する	23	(5.9)
			飲水量が少ないので水分を摂ってもらう	19	(4.9)
			もっと摂れるようにする	16	(4.1)
	主食量変更	NT-07	主食増量	54	(13.8)
			主食減量	9	(2.3)
	ソフト・ムース・ゼリー食	NT-08	ソフト食	14	(3.6)
ムース食			10	(2.6)	
ゼリー食			3	(0.8)	
おにぎり対応	NT-09	おにぎり提供	21	(5.4)	
ハーフ食	NT-10	ハーフ食	21	(5.4)	

表Ⅲ-C-7 栄養ケア内容と抽出数②

カテゴリー	栄養ケア内容	コード	自由記載内容	人数 (n=390)	(%)
食事支援	声掛け	NT-11	声掛け	207	(53.1)
			食事介助	NT-12	食事介助する
	全部介助	24			(6.2)
	後半介助	19			(4.9)
	半介助	16			(4.1)
	一部介助	10			(2.6)
	見守り	NT-13	見守り	121	(31.0)
			食事時間の変更	NT-14	時間帯変更
	食事早出し	9			(2.3)
	時間の変更	9			(2.3)
時間をいつもより長く	5	(1.3)			
食事時間を延長する	4	(1.0)			
時間を十分かけてゆっくり食べる	3	(0.8)			
食事環境	自助具自助食器	NT-15	自助食器	28	(7.2)
			自助具	16	(4.1)
			特殊食器	14	(3.6)
			片麻痺食器	11	(2.8)
	食器・具の変更	NT-16	破損防止ブラ食器	18	(4.6)
			食器の色を変える	8	(2.1)
			スプーンの変更	6	(1.5)
			違う色の茶碗を出す	5	(1.3)
			食器の色を変えて印象付ける	2	(0.5)
	小分けで提供	NT-17	皿を小分けして提供	16	(4.1)
量を分けて少量ずつ出す			15	(3.8)	

表Ⅲ-C-7 栄養ケア内容と抽出数②つづき

カテゴリー	栄養ケア内容	コード	自由記載内容	人数 (n=390)	(%)		
食事環境	配膳方法の変更	NT-18	とりわけ皿使用	4	(1.0)		
			食器の並べかえ	4	(1.0)		
			食事の出す順序を変える	3	(0.8)		
			1品ずつ提供	3	(0.8)		
			食器入れかえ	3	(0.8)		
			皿の手渡し	2	(0.5)		
			食器の手渡し	2	(0.5)		
			皿の移しかえ	2	(0.5)		
			1品ずつ手渡し	2	(0.5)		
			食器の配置かえ	2	(0.5)		
			トレー配膳	1	(0.3)		
	座席・テーブル調整	NT-19	高さ調整	3	(0.8)		
			カットアウトテーブル使用	3	(0.8)		
			席の感覚をあげる	2	(0.5)		
			席を配慮する	2	(0.5)		
			オーバーテーブル使用	2	(0.5)		
			座席の位置を自立の人のとりにする	1	(0.3)		
			口腔・嚥下の機能向上 嚥下困難対応	NT-20	嚥下困難	119	(30.5)
					嚥下障害	30	(7.7)
嚥下力低下	15	(3.8)					
むせるためとろみをつける	14	(3.6)					
飲み込みが悪い	10	(2.6)					
口頭蓋にためてしまう	3	(0.8)					
食物の移送困難	2	(0.5)					
口腔ケア	NT-21	口腔ケア実施			30	(7.7)	
		口腔内清掃する			9	(2.3)	
		食前の口腔体操			4	(1.0)	
		毎食後入れ歯洗い	2	(0.5)			
		食後の歯みがき	2	(0.5)			
		アイスマッサージ	2	(0.5)			
		食べかすが残らないよう食後口の中を	1	(0.3)			
義歯の対応	NT-22	義歯の調整	4	(1.0)			
		義歯の不具合	3	(0.8)			
		義歯の破損	3	(0.8)			
		入れ歯作る	2	(0.5)			

B. 認知症高齢者の日常生活自立度別栄養ケア内容の特性

Ⅱb以下(248人)とⅢa以上(115人)において統計的に有意な差異がみられた栄養ケア内容の中項目は、【代替食(嗜好)】【栄養補助食品】【ソフト、ムース、ゼリー食】【食事介助】【口腔ケア】【嚥下困難対応】【小分けで提供】であった(表Ⅲ-C-8)。

【代替食(嗜好)】は、Ⅱb以下 53.9%であり、

Ⅲa以上 29.4%に比べて約2倍($p < 0.001$)であり、軽度者において高頻度にみられた。

一方、【栄養補助食品】はⅢa以上 39.1%であり、Ⅱb以下 27.8%に比べて約1.5倍($p < 0.05$)、【ソフト、ムース、ゼリー食】はⅢa以上 8.5%であり、Ⅱb以下 1.7%に比べて約5倍($p < 0.05$)、【食事介助】はⅢa以上 52.4%であり、Ⅱb以下 28.7%に比べて約2倍($p < 0.05$)、【口腔ケア】はⅢa以上 16.1%であり、Ⅱb以下

7.8%に比べて約 2 倍($p<0.05$)、【嚥下困難対応】はⅢa 以上 53.2%であり、Ⅱb 以下 48%に比べて約 1.1 倍($p<0.05$)、【小分けで提供】はⅢa 以上 10.9%であり、Ⅱb 以下 3.5%に比べて約 3 倍($p<0.05$)であり、これらの栄養

ケア内容は重度者に高頻度に見られた($p<0.001$)。

なお、その他の栄養ケア内容の中項目にはⅡb 以下とⅢa 以上における有意な差異はみられなかった。

表Ⅲ-C-8 認知症高齢者の日常生活自立度別 栄養ケア内容の特性

	Ⅱb以下		Ⅲa以上		合計		p-値
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
声掛け	64	(55.7)	127	(51.2)	191	(52.6)	0.430
嚥下困難対応	48	(41.7)	132	(53.2)	180	(49.6)	0.042 (*)
食事介助	33	(28.7)	130	(52.4)	163	(44.9)	0.000 (***)
食形態の変更	56	(48.7)	107	(43.1)	163	(44.9)	0.323
間食(食品)	49	(42.6)	86	(34.7)	135	(37.2)	0.146
代替食(嗜好)	62	(53.9)	73	(29.4)	135	(37.2)	0.000 (***)
栄養補助食品	32	(27.8)	97	(39.1)	129	(35.5)	0.037 (*)
見守り	41	(35.7)	68	(27.4)	109	(30.0)	0.111
経腸栄養・濃厚流動	32	(27.8)	72	(29.0)	104	(28.7)	0.813
水分摂取	30	(26.1)	59	(23.8)	89	(24.5)	0.636
自助具、自助食器	22	(19.1)	43	(17.3)	65	(17.9)	0.679
主食量変更	16	(13.9)	43	(17.3)	59	(16.3)	0.410
口腔ケア	9	(7.8)	40	(16.1)	49	(13.5)	0.031 (*)
食器・具の変更	13	(11.3)	20	(8.1)	33	(9.1)	0.318
小分けで提供	4	(3.5)	27	(10.9)	31	(8.5)	0.025 (*)
食事時間の変更	6	(5.2)	25	(10.1)	31	(8.5)	0.123
配膳方法の変更	5	(4.3)	20	(8.1)	25	(6.9)	0.193
ソフト・ムース・ゼリー食	2	(1.7)	21	(8.5)	23	(6.3)	0.018 (*)
ハーフ食	3	(2.6)	15	(6.0)	18	(5.0)	0.200
おにぎり対応	5	(4.3)	13	(5.2)	18	(5.0)	0.715
義歯の対応	2	(1.7)	10	(4.0)	12	(3.3)	0.353
座席・テーブル調整	0	(0.0)	11	(4.4)	11	(3.0)	0.020 (*)

*: $p<0.05$ 、***: $p<0.001$

(7)認知症軽度者ならびに重度者における食関連周辺症状別栄養ケア内容の特性

IIb以下(248人)とIIIa以上(115人)のそれぞれにおいて、食関連周辺症状の各中項目に対する栄養ケア内容の4大項目別中項目平均合計数を比較検討した。

IIb以下においては、食関連周辺症状に対する栄養ケア内容に統計的に有意な差異のみられたサンプル数4件以上の関係は、【早食い】に対する『食事環境』、【拒食】に対する『栄養補給と食事摂取』ならびに『食事支援』、【興奮・妄想・大声・暴言・暴力】に対する『食事環境』であった。そのうち、食関連周辺症状の「有」の方が「無」に比べて栄養ケアの平均中項目数が有意に多い関係は、【早食い】の「有」vs「無」に対する『食事環境』の栄養ケア平均中項目数は 0.60 ± 0.89 (以下、平均 \pm SD)個 vs 0.25 ± 0.53 個 ($p < 0.05$)、【拒食】の「有」vs「無」に対する『栄養補給と食事摂取』の栄養ケア平均中項目数は 3.89 ± 0.78 個 vs 2.38 ± 1.49 個 ($p < 0.001$)、同様に『食事支援』の栄養ケア平均中項目数が 2.22 ± 0.67 個 vs 1.29 ± 1.08 個 ($p < 0.05$)であった。

一方、食関連周辺症状の「有」の方が「無」に比べて栄養ケア平均中項目数が有意に少ない関係は、【興奮・妄想・大声・暴言・暴力】の「有」vs「無」に対する『食事環境』の 0.00 ± 0.00 個 vs 0.28 ± 0.56 個 ($p < 0.05$)であった(表III-C-9)。

IIIa以上においては、食関連周辺症状に対する栄養ケア内容に統計的に有意な差異のみられたサンプル数4件以上の関係は、【徘徊】に対する『食事環境』、【傾眠】に対する『食事支援』、【盗食】に対する『食事環境』、【食事の失認】に対する『食事支援』、【手づかみ】に対する『栄養補給と食事摂取』ならびに『食事

環境』、【詰め込み】に対する『食事支援』、【異食】に対する『食事環境』、【拒食】に対する『食事環境』、【偏食】に対する『栄養補給と食事摂取』ならびに『食事支援』、【興奮・妄想・大声・暴言・暴力】に対する『口腔・嚥下機能の向上』であった。

そのうち、食関連周辺症状の「有」の方が「無」に比べて栄養ケアの平均中項目数が有意に少ない関係は、【傾眠】の「有」vs「無」に対する『食事支援』 1.83 ± 0.98 個 vs 1.34 ± 1.03 個 ($p < 0.05$)、【盗食】の「有」vs「無」に対する『食事環境』 1.25 ± 0.89 個 vs 0.46 ± 0.79 個 ($p < 0.05$)、【食事の失認】の「有」vs「無」に対する『食事支援』 1.75 ± 1.00 個 vs 1.32 ± 1.03 個 ($p < 0.05$)、【手づかみ】の「有」vs「無」に対する『食事環境』 1.50 ± 0.94 個 vs 0.43 ± 0.76 個 ($p < 0.05$)、【詰め込み】の「有」vs「無」に対する『食事支援』 2.00 ± 1.20 個 vs 1.37 ± 1.02 個 ($p < 0.05$)、【異食】の「有」vs「無」に対する『食事環境』 1.30 ± 1.06 個 vs 0.45 ± 0.77 個 ($p < 0.05$)、【偏食】の「有」vs「無」に対する『栄養補給と食事摂取』 3.15 ± 2.01 個 vs 2.27 ± 1.45 個 ($p < 0.05$)、『食事支援』 1.81 ± 1.11 個 vs 1.36 ± 1.02 個 ($p < 0.05$)であった。

一方、食関連周辺症状の「有」の方が「無」に比べて栄養ケア平均中項目数が有意に少ない関係は、【徘徊】の「有」vs「無」に対する『食事支援』 0.73 ± 0.65 個 vs 1.44 ± 1.04 個、【手づかみ】の「有」vs「無」に対する『栄養補給と食事摂取』 1.50 ± 0.94 個 vs 2.41 ± 1.56 個、【拒食】の「有」vs「無」に対する『食事環境』 0.33 ± 0.55 個 vs 0.53 ± 0.85 個、【興奮・妄想・大声・暴言・暴力】の「有」vs「無」に対する『口腔・嚥下の機能向上』 0.38 ± 0.55 個 vs 0.79 ± 0.73 個であった(表III-C-10)。

表Ⅲ-C-9 認知症軽度者（認知症生活自立度Ⅱb以下）における食関連周辺症状別栄養ケア内容の特性

		有			無			合計			t検定 p-値
		n	mean	SD	n	mean	SD	n	mean	SD	
傾眠	栄養補給と食事摂取合計	4	3.25	0.96	111	2.47	1.51	115	2.50	1.50	0.308
	食事支援合計	4	1.75	1.26	111	1.35	1.08	115	1.37	1.08	0.321
	口腔、嚥下の機能向上合計	4	0.50	0.58	111	0.51	0.62	115	0.51	0.61	0.966
	食事環境合計	4	0.25	0.50	111	0.27	0.56	115	0.27	0.55	0.705
食事の失認	栄養補給と食事摂取合計	7	3.43	1.51	108	2.44	1.49	115	2.50	1.50	0.090
	食事支援合計	7	1.86	1.21	108	1.33	1.07	115	1.37	1.08	0.216
	口腔、嚥下の機能向上合計	7	0.29	0.49	108	0.53	0.62	115	0.51	0.61	0.313
	食事環境合計	7	0.29	0.76	108	0.27	0.54	115	0.27	0.55	0.880
早食い	栄養補給と食事摂取合計	5	3.60	1.82	110	2.45	1.48	115	2.50	1.50	0.093
	食事支援合計	5	1.60	1.82	110	1.35	1.05	115	1.37	1.08	0.907
	口腔、嚥下の機能向上合計	5	0.80	0.45	110	0.50	0.62	115	0.51	0.61	0.213
	食事環境合計	5	0.60	0.89	110	0.25	0.53	115	0.27	0.55	0.046 (*)
拒食	栄養補給と食事摂取合計	9	3.89	0.78	106	2.38	1.49	115	2.50	1.50	0.000 (***)
	食事支援合計	9	2.22	0.67	106	1.29	1.08	115	1.37	1.08	0.050 (*)
	口腔、嚥下の機能向上合計	9	0.56	0.73	106	0.51	0.61	115	0.51	0.61	0.829
	食事環境合計	9	0.44	0.53	106	0.25	0.55	115	0.27	0.55	0.081
偏食	栄養補給と食事摂取合計	14	2.93	1.49	101	2.44	1.50	115	2.50	1.50	0.251
	食事支援合計	14	1.43	1.34	101	1.36	1.04	115	1.37	1.08	0.896
	口腔、嚥下の機能向上合計	14	0.36	0.50	101	0.53	0.63	115	0.51	0.61	0.311
	食事環境合計	14	0.14	0.36	101	0.29	0.57	115	0.27	0.55	0.587
興奮、妄想、大声、暴言、暴力	栄養補給と食事摂取合計	5	2.80	1.64	110	2.48	1.50	115	2.50	1.50	0.645
	食事支援合計	5	1.20	1.30	110	1.37	1.07	115	1.37	1.08	0.907
	口腔、嚥下の機能向上合計	5	0.40	0.55	110	0.52	0.62	115	0.51	0.61	0.675
	食事環境合計	5	0.00	0.00	110	0.28	0.56	115	0.27	0.55	0.000 (*)

* : p<0.05, ** : p<0.001

「有」サンプル数4未満である【徘徊】、【昼夜逆転】、【盗食】、【手づかみ】、【詰め込み】、【丸呑み】、【異食】については削除した。

表Ⅲ-C-10 認知症重度者（認知症生活自立度Ⅲa以上）における食関連周辺症状別栄養ケア内容の特性

		有			無			合計			t検定 p-値
		n	mean	SD	n	mean	SD	n	mean	SD	
徘徊	栄養補給と食事摂取合計	11	2.27	1.35	237	2.37	1.56	248	2.36	1.54	0.843
	食事支援合計	11	0.73	0.65	237	1.44	1.04	248	1.41	1.04	0.004 (*)
	口腔、嚥下の機能向上合計	11	0.36	0.67	237	0.75	0.72	248	0.73	0.72	0.082
	食事環境合計	11	0.27	0.65	237	0.50	0.81	248	0.49	0.80	0.362
傾眠	栄養補給と食事摂取合計	35	2.63	1.33	213	2.32	1.58	248	2.36	1.54	0.273
	食事支援合計	35	1.83	0.98	213	1.34	1.03	248	1.41	1.04	0.010 (*)
	口腔、嚥下の機能向上合計	35	0.80	0.68	213	0.72	0.73	248	0.73	0.72	0.559
	食事環境合計	35	0.60	0.85	213	0.47	0.79	248	0.49	0.80	0.372
昼夜逆転	栄養補給と食事摂取合計	9	3.11	1.36	239	2.33	1.55	248	2.36	1.54	0.139
	食事支援合計	9	1.56	1.33	239	1.41	1.03	248	1.41	1.04	0.672
	口腔、嚥下の機能向上合計	9	1.00	0.87	239	0.72	0.72	248	0.73	0.72	0.260
	食事環境合計	9	0.33	0.50	239	0.49	0.81	248	0.49	0.80	0.556
盗食	栄養補給と食事摂取合計	8	2.63	1.41	240	2.35	1.55	248	2.36	1.54	0.627
	食事支援合計	8	1.75	0.71	240	1.40	1.05	248	1.41	1.04	0.349
	口腔、嚥下の機能向上合計	8	0.50	0.76	240	0.74	0.72	248	0.73	0.72	0.352
	食事環境合計	8	1.25	0.89	240	0.46	0.79	248	0.49	0.80	0.006 (*)
食事の失認	栄養補給と食事摂取合計	55	2.16	1.70	193	2.42	1.50	248	2.36	1.54	0.279
	食事支援合計	55	1.75	1.00	193	1.32	1.03	248	1.41	1.04	0.007 (*)
	口腔、嚥下の機能向上合計	55	0.78	0.79	193	0.72	0.70	248	0.73	0.72	0.577
	食事環境合計	55	0.60	0.83	193	0.46	0.79	248	0.49	0.80	0.239
早食い	栄養補給と食事摂取合計	8	1.63	0.92	240	2.39	1.56	248	2.36	1.54	0.170
	食事支援合計	8	1.63	0.92	240	1.40	1.04	248	1.41	1.04	0.555
	口腔、嚥下の機能向上合計	8	0.63	0.74	240	0.74	0.72	248	0.73	0.72	0.665
	食事環境合計	8	0.88	1.25	240	0.48	0.78	248	0.49	0.80	0.396

* : p<0.05,

表Ⅲ-C-10 認知症重度者（認知症生活自立度Ⅲa以上）における食関連周辺症状別栄養ケア内容の特性につき

		有			無			合計			t検定 p-値
		n	mean	SD	n	mean	SD	n	mean	SD	
手づかみ	栄養補給と食事摂取合計	14	1.50	0.94	234	2.41	1.56	248	2.36	1.54	0.003 (*)
	食事支援合計	14	1.86	1.10	234	1.38	1.03	248	1.41	1.04	0.098
	口腔、嚥下の機能向上合計	14	0.43	0.76	234	0.75	0.72	248	0.73	0.72	0.103
	食事環境合計	14	1.50	0.94	234	0.43	0.75	248	0.49	0.80	0.000 (*)
詰め込み	栄養補給と食事摂取合計	15	2.53	1.51	233	2.35	1.55	248	2.36	1.54	0.660
	食事支援合計	15	2.00	1.20	233	1.37	1.02	248	1.41	1.04	0.023 (*)
	口腔、嚥下の機能向上合計	15	0.87	0.64	233	0.73	0.73	248	0.73	0.72	0.463
	食事環境合計	15	0.67	0.98	233	0.48	0.79	248	0.49	0.80	0.373
丸呑み	栄養補給と食事摂取合計	11	2.18	1.66	237	2.37	1.54	248	2.36	1.54	0.692
	食事支援合計	11	2.00	1.26	237	1.38	1.02	248	1.41	1.04	0.054
	口腔、嚥下の機能向上合計	11	1.00	1.00	237	0.72	0.71	248	0.73	0.72	0.211
	食事環境合計	11	1.09	1.45	237	0.46	0.75	248	0.49	0.80	0.180
異食	栄養補給と食事摂取合計	10	1.90	1.45	238	2.38	1.55	248	2.36	1.54	0.334
	食事支援合計	10	1.00	0.67	238	1.43	1.05	248	1.41	1.04	0.079
	口腔、嚥下の機能向上合計	10	0.30	0.67	238	0.75	0.72	248	0.73	0.72	0.052
	食事環境合計	10	1.30	1.06	238	0.45	0.77	248	0.49	0.80	0.001 (*)
拒食	栄養補給と食事摂取合計	49	2.73	1.77	199	2.27	1.48	248	2.36	1.54	0.060
	食事支援合計	49	1.59	1.02	199	1.37	1.04	248	1.41	1.04	0.175
	口腔、嚥下の機能向上合計	49	0.73	0.67	199	0.73	0.73	248	0.73	0.72	0.993
	食事環境合計	49	0.33	0.55	199	0.53	0.85	248	0.49	0.80	0.045 (*)
偏食	栄養補給と食事摂取合計	27	3.15	2.01	221	2.27	1.45	248	2.36	1.54	0.035 (*)
	食事支援合計	27	1.81	1.11	221	1.36	1.02	248	1.41	1.04	0.032 (*)
	口腔、嚥下の機能向上合計	27	0.70	0.72	221	0.74	0.72	248	0.73	0.72	0.818
	食事環境合計	27	0.44	0.89	221	0.49	0.79	248	0.49	0.80	0.766
興奮、妄想、大声 暴言、暴力	栄養補給と食事摂取合計	32	2.78	1.75	216	2.30	1.51	248	2.36	1.54	0.101
	食事支援合計	32	1.53	1.16	216	1.39	1.02	248	1.41	1.04	0.485
	口腔、嚥下の機能向上合計	32	0.38	0.55	216	0.79	0.73	248	0.73	0.72	0.002 (*)
	食事環境合計	32	0.50	0.72	216	0.49	0.81	248	0.49	0.80	0.927

*:p<0.05, **:p<0.001

Ⅲ-D 考察

1. 認知症軽度者ならびに重度者における低栄養状態のリスク者の出現状況について

対象者における入所栄養スクリーニング時の低栄養状態の出現状況は、血清アルブミン値においては約半数が不明であったが、各栄養リスクの約30%の対象者に低栄養状態がみられたことから、平成19年度厚生労働省「介護保険施設における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究」における全国規模の実態調査からの栄養スクリーニング時の低栄養リスクの出現率に相当していた。

先行文献からは認知機能障害やアルツハイ

マー患者における栄養状態の悪化や体重低下について報告され、また、食欲不振は認知症の主たる周辺症状とされているが、本調査では低体重や体重減少あるいは血清アルブミン値については、認知症高齢者の日常生活自立度におけるⅡb以下とⅢa以上の者で統計的に有意な差異はみられなかった。しかし、【食事摂取量】における中高リスク者(75%以下)の者は、Ⅱb以下の軽度者で統計的に有意に高かった。

これは、本研究の栄養スクリーニング帳票には継続的な入所者の者が含まれており、対象施設のいずれも栄養ケア・マネジメント実績が評価された施設であり、認知症の重度者に対

しての低体重や体重減少の改善のための取り組みが平均的な施設に比べてよく行われていると考えられ、各施設における食事介助を要する重度者に対しての食事の全量摂取に取り組まれているためではないかと推察された。

しかし、食事を自己の意志によって摂取している者が多いと考えられるⅡb以下の軽度者において、【食事摂取量】の中高リスク者が多いことは、今後、低栄養リスクの早期改善の観点から重要であり、認知症の日常生活自立度の軽度者に対する食事時の声かけ、食欲不振に対する栄養ケアの取り組みや介護者に対しての食べることの支援方法に関する栄養教育が求められる。

2. 認知症軽度者ならびに重度者における食関連周辺症状の把握とその特性

栄養ケア・マネジメント関連帳票の記載からは、363件に及ぶ食関連周辺症状の用語が抽出され、食関連周辺症状は数、種類共に多くみられた。これらの食関連周辺症状はその特性から13項目のカテゴリーに分類された。わが国では、これまで栄養ケア・マネジメントを実施している現場において食関連周辺症状を把握した調査はなかったが、本調査によって、わが国の介護保険施設の栄養ケア・マネジメントによって取り上げられている食関連周辺症状が初めて明らかになった。分類された小項目数が多い上位3中項目は【食事の失認】【拒食】【傾眠】であり、総事例数390件の約50%にみられ、さらに4位の【偏食】を加えれば約60%、5位の【興奮・妄想・大声・暴言・暴力】を加えて約70%にみられた。これらの上位の食関連周辺症状に対しては、栄養ケア・マネジメントにおける日常業務において何らかの対応が頻繁に行われていると考えられた。

これらの上位の食関連周辺症状のうち【食事の失認】【拒食】【傾眠】【興奮・妄想・大声・暴言・暴力】の4中項目は、Ⅲa以上の者においてはⅡb以下の者に比べて統計的に有意に多くみられ、重度者に特徴的な症状であった。

特に、【食事の失認】は67件と最多であり、記載されている用語が施設ごとに異なるだけでなく、同一施設であっても利用者ごとにその表現が異なっており、今後は、本調査結果に基づいて標準化した用語やその定義を、栄養ケア・マネジメントの現場に提供していくことが求められていた。また、【食事の失認】に対する先行文献には、アルツハイマー患者において食事の色彩に対するコントラストの感受性に欠けているという報告があるが、本研究では、食事の色彩に関する記載は見られなかった。したがって、今後は【食事の失認】に対しては食事の何を失認しているのかを具体的に観察し、把握していくことが必要ではないかと考えられる。また、次いで小項目の分類数の多い【拒食】には、記載された食欲不振が認知症によるものと確認できた場合に【拒食】に分類した。

【興奮・妄想・大声・暴言・暴力】は記載数が39件であり、食事摂取の妨げになることから多くの記載がみられたと考えられる。

一方、【偏食】の記載は全体の約1割に相当する44件あり、認知症による偏った食べ方は、低栄養につながりやすいことを管理栄養士が懸念しているため、Ⅱb以下やⅢa以上の別なく多くの記載があったと考えられた。

しかし、認知症の周辺症状として特徴的な【徘徊】については、抽出数が13件と少なく、食事時間にはあまり観察されなかったためと推測された。

また、アルツハイマー患者では体重減少に先立って、嗅覚の変化が有り、食欲低下が現

れることが1論文ではあるが報告されていたが、本研究では臭覚に関する記載はみられなかった。近年、特に介護老人福祉施設においてはユニット型の居住空間が推進され、各ユニットで利用者と一緒簡単な調理や盛り付け等をして食事の準備する香りなどを感じることできる食事提供スタイルが増加しているが、今後は認知症による嗅覚の変化や低下についても把握方法を検討し、これらが原因で食欲不振のみられる利用者には、積極的に調理、盛り付け等に参加を促すことも有効な援助のひとつと考えられた。

3. 認知症軽度者ならびに重度者における栄養ケア内容とその特性

(1) 栄養ケア内容

全 390 件の栄養ケア・マネジメント帳票から栄養ケア内容として用語総数 1,940 が抽出され、22 中項目 125 小項目に分類することができた。さらに、これらの中項目は『栄養補給と食事摂取』『食事支援』『口腔・嚥下の機能向上』『食事環境』の大項目として分類することができた。わが国では栄養ケア関連帳票類から抽出された4つの栄養ケアの用語とそのカテゴリー化はこれまで行われていないので、栄養ケア内容の構成要素について、本研究によって初めて明らかにすることができた。

介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの栄養ケア計画の作成においては、栄養補給、栄養教育、多職種の3項目について検討することになっているが、『栄養補給と食事摂取』の小項目実施総数 956 件と他の3大項目の小項目の総数 983 件がほぼ同数であることから、高齢者に栄養量の適切な補給をするための食支援が『栄養補給と食事摂取』と同様に多く実施されていることが明らかになった。海

外の先行文献においては、認知症高齢者に対して栄養補助食品やエネルギー、タンパク質を強化したサプリメントを提供した論文は多い。しかし、本研究において『栄養補給を食事摂取』には、栄養補助食品や濃厚流動食ばかりでなく、おにぎり対応等の日本食特有な栄養ケア内容がみられた。さらに、『栄養補給と食事摂取』の中では【食形態の変更】は最も多くみられた中項目であり、摂食・嚥下機能の低下に対応した栄養補給と安全な食事提供に対する栄養ケアが重点的な取り組みとなっていた。【栄養補助食品】【経腸栄養・濃厚流動】の小項目は多岐に渡っていたことより、管理栄養士が利用者本人の嗜好を考慮にいれて選択していることが考えられた。

(2) 認知症軽度者ならびに重度者における栄養ケア内容の特性

Ⅱb以下において、【代替食(嗜好)】がⅢa以上に比べて多くみられたことは、【食事摂取量】の低下した者に対する栄養ケアの特性として考えられた。

Ⅲa以上においては、【食事介助】がⅡb以下に比べて多く実施されていることから、【食事の失認】に対する栄養ケアの特性であると考えられた。

さらに、Ⅲa以上において、【嚥下困難】【口腔ケア】【ソフト・ムース・ゼリー食】など口腔・嚥下機能の低下に対する栄養ケア内容には、Ⅱb以下に比べて統計的に有意に多くみられ、さらに、Ⅲa以上では、【小分けで提供】【座席・テーブル調整】など、具体的な栄養ケア内容の記載が多いことが特徴的であった。

最も多くの記載があった【声かけ】は、Ⅱb以下とⅢa以上で差異はなく頻繁におこなわれていた。また、低栄養状態に統計的に有意な差

異はないものの、Ⅲa 以上では【栄養補助食品】が多く記載されていた。

先行文献において、アルツハイマーの高齢者と介護者に対して認知症の知識と栄養的な教育プログラムを実施する群と通常のアドバイスを提供される群にわけ、1年後の変化をみたところ、介入群において体重は維持され、食事摂取量の増加につながり、認知機能に統計的に有意な差異がみられたという報告がある。しかし、本研究における栄養ケア内容には、栄養教育に関する小項目はみられず、カテゴリー化することができなかった。それゆえ、今後の栄養ケアには、栄養補給に対する内容を検討するだけでなく、利用者本人や介護者への栄養教育を栄養ケア計画に取り入れることが求められていた。

4. 認知症軽度者ならびに重度者における食関連周辺症状別栄養ケア内容の特性

自立度の高いⅡb以下の【拒食】に対しては『栄養補給と食事摂取』ならびに『食事支援』が行われており、比較的自立した認知症高齢者に対しては、食事量を適切に摂取してもらうために「声かけ」「食事介助」「見守り」「食事時間の変更」などの食事支援がされていることが明らかになった。

一方、Ⅲa 以上では、食事の摂取が困難となる【食事の失認】【傾眠】【詰め込み】【偏食】に対しては、「声かけ」「食事介助」「見守り」「食事時間の変更」などの『食事支援』がされていた。特に食事時の【傾眠】は、夜間の浅い眠りや昼夜逆転、夜の徘徊などが原因になっていることも多く、栄養ケア内容小項目全数の12.1%にみられた。

食事時に危険を伴う【盗食】【手づかみ】【異食】に対しては「自助具自助食器」「食器・具の

変更」「小分けで提供」「配膳方法の変更」「座席・テーブル調整」などの『食事環境』に関する対応が多くみられることが明らかになった。また、Ⅲa 以上においては【興奮・妄想・大声・暴言・暴力】の「無」は「有」よりも『口腔・嚥下の機能向上』が多くみられたのは、これらの食関連周辺症状を有する者は、口腔ケアや摂食・嚥下リハビリテーションに対して抵抗を示すことが多いため、『口腔・嚥下の機能向上』に関する栄養ケアが比較的少なかったと考えられる。

【徘徊】の「無」が「有」に比べて、『食事支援』に関する栄養ケアが多くみられたが、これは、【徘徊】に対する栄養ケア内容が明確になっていないためと考えられる。【徘徊】に関する先行文献としては、徘徊する認知症入居者と、徘徊しない認知症入居者で栄養状態を調べた論文が1報告

あり、栄養状態や体重減少には統計的に有意な差異はみられなかったが、ADL(日常生活自立度;Activities of Daily Living:ADL)が低下し、入院が多くなることから、徘徊する認知症高齢者に対しての適切な栄養ケア内容を明確にして実施されるべきと考える。

本研究において、食関連周辺症状に対する栄養ケア大項目は、Ⅱb 以下では4個の栄養ケア大項目に対し、Ⅲa 以上では、その3倍の12個の栄養ケア大項目に統計的に有意な差異がみられ、実際の介護保険施設の栄養ケア・マネジメントの現場では、認知症の重度者の食関連周辺症状に対して多様な栄養ケアが行われていることが明らかになった。

Ⅲ-E 結論

本研究は、認知症高齢者に対する栄養ケ

ア・マネジメントの取り組みの課題を検討することを目的として、介護保険施設における栄養ケア・マネジメント関連帳票 390 件の詳細な栄養ケア記録に基づいて認知症高齢者の日常生活自立度の軽度者(Ⅱb以下,248人)と重度者(Ⅲa以上,115人)において、低栄養状態のリスクの出現、認知症の食関連周辺症状ならびに栄養ケア内容について比較検討し、1.認知症高齢者の日常生活自立度の軽度者ならびに重度者における低栄養状態のリスク者の出現状況 2.認知症軽度者ならびに重度者における食関連周辺症状の把握とその特性 3.認知症軽度者ならびに重度者における栄養ケア内容とその特性 4.認知症軽度者ならびに重度者における食関連周辺症状別栄養ケア内容の特性を検討し、以下の結果を得た。

1. 「食事摂取量」の中高リスク者(75%以下)はⅡb以下において、Ⅲa以上に比べて統計的に有意に多くみられ、「褥瘡」の高リスク(有の者)は、Ⅲa以上において統計的な有意差がないもの多くみられた。
2. 食関連周辺症状に関する用語は363件抽出され、これらを小項目として、類似のものをまとめて【食事の失認】【拒食】【傾眠】【偏食】【興奮・妄想・大声・暴言・暴力】【詰め込み】【手づかみ】【早食い】【徘徊】【丸呑み】【異食】【盗食】【昼夜逆転】の13項目の中項目に分類した。
3. Ⅲa以上において、【食事の失認】【拒食】【傾眠】【興奮・妄想・大声・暴言・暴力】はⅡb以下に比べて統計的に有意に多く、重度者の食関連周辺症状の特性であった。
4. 栄養ケア内容用語は1,940件抽出され、これらの小項目は【食形態の変更】【代替食(嗜好)】【間食(食品)】【栄養補助食品】

【経腸栄養・濃厚流動】【水分摂取】【主食量変更】【ソフト、ムース、ゼリー食】【おにぎり対応】【ハーフ食】【声掛け】【食事介助】【見守り】【食事時間の変更】【自助具、自助食器】【食器・具の変更】【小分けで提供】【配膳方法の変更】【座席・テーブル調整】【嚥下困難対応】【口腔ケア】【義歯の対応】の22項目を栄養ケア中項目に分類され、さらに、『栄養補給と食事摂取』、『食事支援』、『食事環境』、『口腔・嚥下の機能向上』の4つの大項目に分類された。

5. 【代替食(嗜好)】は、Ⅱb以下の軽度者において多くみられた栄養ケア内容の特性であり、【栄養補助食品】【ソフト、ムース、ゼリー食】【食事介助】【口腔ケア】【嚥下困難対応】【小分けで提供】はⅢa以上の重度者に多くみられた栄養ケア内容の特性であった。
6. Ⅱb以下においては、【早食い】に対する『食事環境』、【拒食】に対する『栄養補給と食事摂取』『食事支援』、【興奮・妄想・大声・暴言・暴力】に対する『食事環境』が栄養ケア内容の特性であり、Ⅲa以上においては、【徘徊】に対する『食事支援』、【傾眠】に対する『食事支援』、【盗食】に対する『食事環境』、【食事の失認】に対する『食事支援』、【手づかみ】に対する『栄養補給と食事摂取』『食事環境』、【詰め込み】に対する『食事支援』、【異食】に対する『食事環境』、【拒食】に対する『食事環境』、【偏食】に対する『栄養補給と食事摂取』『食事支援』、【興奮・妄想・大声・暴言・暴力】に対する『口腔・嚥下機能の向上』が栄養ケア内容の特性であった。

以上の結果から、認知症日常生活自立度の軽度者と重度者における低栄養状態のリス

クの出現状況、食関連周辺症状の頻度、栄養ケア内容は異なることが明らかになった。また、食関連症状に対する栄養ケア内容にも特性があることが明らかになった。今後は本研究のカテゴリー等を活用し、食関連周辺症状のアセスメント項目ならびに各症状に見合った栄養ケア内容の選択項目が標準化され、認知症高齢者に対する有効な栄養ケアプロセスを提示することによって、今後の栄養ケアの継続的品質の向上に寄与することが今後の課題であった。

III-F 研究発表

III-G 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案特論

なし

3. その他

参考文献

- 1) 厚生労働省. 認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト 2008 : <http://www-bm.mhlw.go.jp/houdou/2008/07/dl/h0710-1a.pdf>
- 2) 本間昭. 介護予防サービスの提供に係るマニュアルの開発に関する研究 : 認知症予防・支援マニュアルの作成, 平成 17 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金 (老人保健健康増進事業) 研究報告書 2006.
- 3) 認知症介護研究・研修東京センター. 図表で学ぶ認知症の基礎知識. 中央法規 ; 2008.100-101.
- 4) 長谷川和夫. やさしく学ぶ認知症のケア.

永井書店 ; 2008. 89.

- 5) Guerin O, Soto ME, Brocker P, Robert PH, Benoit M, Vellas B; REAL.FR Group. Nutritional status assessment during Alzheimer's disease: results after one year (the REAL French Study Group). *J Nutr Health Aging.* 2005;9(2):81-4.
- 6) 松本伸子. 認知症高齢者グループホームにおける摂取栄養素の実態について. *女子栄養大学紀要* 2005 : 103-114.
- 7) 認知症介護研究・研修東京センター. 図表で学ぶ認知症の基礎知識. 中央法規 ; 2008.92-93.
- 8) 平成 18 年度厚生労働省科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「介護保険制度における栄養ケア・マネジメントの事業評価に関する研究」
- 9) Keller HH, Østbye T, Goy R. Nutritional risk predicts quality of life in elderly community-living Canadians. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2004 Jan ; 59(1):68-74.
- 10) Lauque S, Arnaud-Battandier F, Gillette S, Plaze JM, Andrieu S, Cantet C, Vellas B. Improvement of weight and fat-free mass with oral nutritional supplementation in patients with Alzheimer's disease at risk of malnutrition: a prospective randomized study. *J Am Geriatr Soc.* 2004 Oct ; 52(10):1702-7.
- 11) Wang PN, Yang CL, Lin KN, Chen WT, Chwang LC, Liu HC. Weight loss, nutritional status and physical activity in patients with Alzheimer's disease. *A*

- controlled study. *J Neurol.* 2004 Mar ; 251(3) : 314-20.
- 12) Young KW, Greenwood CE, van Reekum R, Binns MA. Providing nutrition supplements to institutionalized seniors with probable Alzheimer's disease is least beneficial to those with low body weight status. *J Am Geriatr Soc.* 2004 Aug ; 52(8) : 1305-12.
- 13) Woo J, Chi I, Hui E, Chan F, Sham A. Low staffing level is associated with malnutrition in long-term residential care homes. *Eur J Clin Nutr.* 2005 Apr ; 59(4) : 474-9.
- 14) Faxén-Irving G, Basun H, Cederholm T. Nutritional and cognitive relationships and long-term mortality in patients with various dementia disorders. *Age Ageing.* 2005 Mar ; 34(2) : 136-41. Epub 2005 Jan 11.
- 15) Guérin O, Andrieu S, Schneider SM, Milano M, Bouhassira R, Brocker P, Vellas B, et al. Different modes of weight loss in Alzheimer disease: a prospective study of 395 patients. *Am J Clin Nutr.* 2005 Aug ; 82(2) : 435-41.
- 16) Tamura BK, Masaki KH, Blanchette P. Weight loss in patients with Alzheimer's disease : *J Nutr Elder.* 2007 ; 26(3-4) : 21-38.
- 17) Rolland Y, Andrieu S, Cantet C, Morley JE, Thomas D, Nourhashemi F, et al. Wandering behavior and Alzheimer disease. The REAL.FR prospective study. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2007 Jan-Mar ; 21(1) : 31-8.
- 18) Shatenstein B, Kergoat MJ, Reid I. Poor nutrient intakes during 1-year follow-up with community-dwelling older adults with early-stage Alzheimer dementia compared to cognitively intact matched controls. *J Am Diet Assoc.* 2007 Dec ; 107(12) : 2091-9.
- 19) Gil Gregorio P, Ramirez Diaz SP, Ribera Casado JM; DEMENU group. Dementia and Nutrition. Intervention study in institutionalized patients with Alzheimer disease. : *J Nutr Health Aging.* 2003 ; 7(5) : 304-8
- 20) Alfaro-Acha A, Ostir GV, Markides KS, Ottenbacher KJ. Cognitive status, body mass index, and hip fracture in older Hispanic adults. *J Am Geriatr Soc.* 2006 Aug ; 54(8) : 1251-5.
- 21) Rolland Y, Pillard F, Klapouszczak A, Reynish E, Thomas D, Andrieu S, et al. Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease: a 1-year randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* 2007 Feb ; 55(2) : 158-65.
- 22) Dunne TE, Nearing SA, Cipolloni PB, Cronin-Golomb A. Visual contrast enhances food and liquid intake in advanced Alzheimer's disease. *Clin Nutr.* 2004 Aug ; 23(4) : 533-8
- 23) Guérin O, Andrieu S, Schneider SM, Milano M, Bouhassira R, Brocker P, et al. Different modes of weight loss in Alzheimer disease: a prospective study of 395 patients. *Am J Clin Nutr.* 2005

Aug ; 82(2) : 435-41

- 24) Guerin O, Soto ME, Brocker P, Robert PH, Benoit M, Vellas B; REAL.FR Group. Nutritional status assessment during Alzheimer's disease: results after one year (the REAL French Study Group). *J Nutr Health Aging*. 2005 ; 9(2) : 81-4.
- 25) Salas-Salvadó J, Torres M, Planas M, Altimir S, Pagan C, Gonzalez ME, et al. Effect of oral administration of a whole formula diet on nutritional and cognitive status in patients with Alzheimer's disease. *Clin Nutr*. 2005 Jun ; 24(3) : 390-7.
- 26) Rivière S, Gillette-Guyonnet S, Voisin T, Reynish E, Andrieu S, Lauque S, et al. A nutritional education program could prevent weight loss and slow cognitive decline in Alzheimer's disease. *J Nutr Health Aging*. 2001 ; 5(4) : 295-9.