

平成 29 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

『 認 知 症 対 応 型 共 同 生 活 介 護 に お け る
栄 養 管 理 の あ り 方 に 関 す る 調 査 研 究 事 業 』

報 告 書

平成 30 年 3 月

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

ご挨拶

日本健康・栄養システム学会は平成29年度老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分）の交付を受け、「認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」（委員長 杉山みち子）に取り組んで参りました。

平成37年には470万人になるとされる要介護度Ⅱ以上の認知症高齢者に対応して「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」において、地域における認知症ケアの適切な手法の確立が緊急に求められています。地域の認知症高齢者のための拠点である認知症対応型共同生活介護（以下、認知症GH）は、全国1万3千か所、入居者19.1万人とされ、将来的には25万人規模の対応が想定されています。しかし、その入居者に対しての低栄養の実態把握や、その対応に対する検討はこれまで行われてきていません。

介護保険施設入所高齢者の摂食嚥下機能や認知機能の低下によりミールラウンド（多職種による食事時の観察）により把握される低栄養の原因となる食事の徴候・症状の出現や対応状況も調査されていませんでした。

本事業は、認知症GH入居者における低栄養の実態や栄養管理に係る課題整理のために全国規模の実態調査に初めて取り組みました。本事業による低栄養が一定程度みられるという中間の取りまとめから、平成30年4月の介護保険報酬改定にあたり、認知症GHにおいて、管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを定期的に行い、介護支援専門員に栄養状態に係わる情報を文書で共有した場合の評価（栄養スクリーニング加算）が創設されることになりました。

本事業では、最終的に認知症GH入居者の低栄養や認知症高齢者の食事の徴候・症状の実態把握を行い、認知症GHの生活の場という特性に応じて実施可能な（介護保険施設のような管理栄養士の配置を前提としない）栄養管理のあり方について検討し報告書をまとめました。また、これらの成果から、介護職を対象とした啓発研修用教材を作成させて頂きました。

今後も日本健康・栄養システム学会は、本学会が育成した臨床栄養師と協働して、認知症GHをはじめとする在宅高齢者の「口から食べる楽しみの支援の充実」のため栄養ケア・マネジメントの推進に貢献できるよう一層の研究や啓発研修に取り組んで参りたいと存じております。

平成29年度老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分）

「認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」

日本健康・栄養システム学会

委員長 杉山みち子

平成29年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
「認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」

○委員長 杉山みち子 神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部栄養学科教授
統括・運営小委員会

○小山 秀夫 兵庫県立大学大学院 特任教授

杉山みち子 前述

高田 和子 国立研究開発法人 医薬基盤 健康・栄養研究所
栄養ケア・マネジメント研究室室長

宇田 淳 滋慶医療科学大学院大学 医療管理学研究科教授

榎 裕美 愛知淑徳大学 健康医療科学部 健康栄養学科教授

大原 里子 東京医科歯科大学大学院 歯科医療行動科学分野 非常勤講師

加藤 昌彦 椙山女学園大学 生活科学部教授 医師

苅部 康子 社会福祉法人親善福祉協会 介護老人保健施設 リハパーク舞岡栄養課

高田 健人 神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部栄養学科助教

田中 和美 神奈川県大和市役所 健康づくり推進課 係長

堤 亮介 平成医療福祉グループ 栄養部
社会福祉法人 兵庫福祉会 介護老人福祉施設

遠又 靖丈 東北大学大学院 医学系研究科 公衆衛生学分野 講師

長瀬 香織 神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部栄養学科助教

西村 秋生 だるまさんクリニック院長 精神科医

西宮 弘之 曾我病院 管理栄養士

野地 有子 千葉大学大学院看護学研究科 看護管理学教授

馬場真佐美 神奈川県立精神医療センター 栄養管理科長 管理栄養士

和田 涼子 東京家政大学 家政学部栄養学科 教授

研究協力

松山紗奈江 神奈川県立保健福祉大学大学院修士課程

藤川亜沙美 神奈川県立保健福祉大学 特別研究生

長谷川未帆子 神奈川県大和市役所 健康づくり推進課 管理栄養士

研究事務

加納亜紀子 神奈川県立保健福祉大学 栄養ケア・マネジメント研究室

調査実施・分析小委員会

○杉山みち子 前述
遠又 靖丈 前述
高田 健人 前述
田中 和美 前述
長瀬 香織 前述
松山紗奈江 前述
藤川亜沙美 前述

インタビュー調査小委員会

○高田 和子 前述
荻部 康子 前述
杉山みち子 前述
田中 和美 前述
堤 亮介 前述
松山紗奈江 前述
和田 涼子 前述

インタビュー協力

医療法人陽心会 認知症グループホーム
社会医療法人 慈薫会 グループホームひまわり河崎
株式会社湘南乃えん 湘南グループホーム えん

教材作成協力

和田 涼子 前述
大原 里子 前述
荻部 康子 前述
田中 和美 前述
藤川 亜沙美 前述
長瀬 香織 前述
堤 亮介 前述
長谷川未帆子 前述
高田 健人 前述
高田 和子 前述
杉山 みち子 前述

経理担当 駒形公大（日本健康・栄養システム学会事務局）

目 次

研究概要	1
I. 認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する調査研究事業 （一次調査・二次調査 A,B）	17
II. 認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する 事業所訪問インタビュー（三次調査）	71
III. 提言	87
IV. 研修教材「認知症対応型共同生活介護における栄養管理」	89
資料（調査票一式）	
一次調査票 （事業所実態調査）	
二次調査票	
(A. 認知症グループホームスタッフにおける入居者の栄養・食事に関する意識調査)	
(B. 認知症グループホーム入居者の栄養、食事の実態調査)	

平成 29 年度厚生労働省老人保健推進費等補助金(老人保健健康増進事業分)

認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する調査研究事業 研究概要

日本健康・栄養システム学会

はじめに

本研究事業は、認知症対応型共同生活介護（以下、認知症 GH）入居高齢者における低栄養状態の実態及び栄養管理に関する課題を把握し、今後の栄養管理の体制や取り組みのあり方を検討し、今後の介護保険制度改正に寄与することを目的とした。

調査方法

認知症 GH3,910 事業所（ホームページに公表されている 13,028 事業所から都道府県別無作為抽出）を対象とした調査票の郵送留め置きによる横断的実態調査（一次調査）、このうち協力が得られた 688 事業所職員を対象とした調査票の郵送留め置きによる入居者の栄養状態や食事提供等に関する不安や困りごとに関する意識調査（二次調査 A）、及び 664 事業所入居者約 9,000 名を対象とした個別の栄養状態、食事状況の実態を既存記録から調査票への転記による後ろ向き調査（二次調査 B）を行った。さらに、3 か所の認知症 GH の管理者及び職員を対象としたインタビューガイドを用いた訪問インタビュー調査（三次調査）を行った。いずれの調査も神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会の承認を得た。

結果

1. 回収状況等について

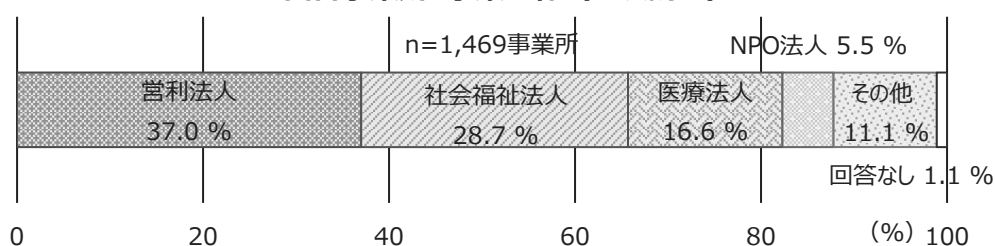
- ・事業所実態調査（一次調査）：3,910 事業所のうち 1,469 事業所（37.6%）から回答が回収され、有効回答 1,467 事業所（有効回答率 37.5%）のデータを分析に供した。回答者の 87.2%が管理者、その他は管理者が依頼した職員であった。
- ・職員意識調査（二次調査 A）：261 事業所（回収率 37.9%）職員 1,247 名からの回答を分析に供した。
- ・入居者の個別調査（二次調査 B）：256 事業所（回収率 38.6%）3,534 名（回収率 39.2%）からの回答を分析に供した。
- ・訪問インタビュー調査（三次調査）：3 事業所における各約 2 時間録音の逐語録から要点を抽出した。

2. 認知症 GH の事業主体

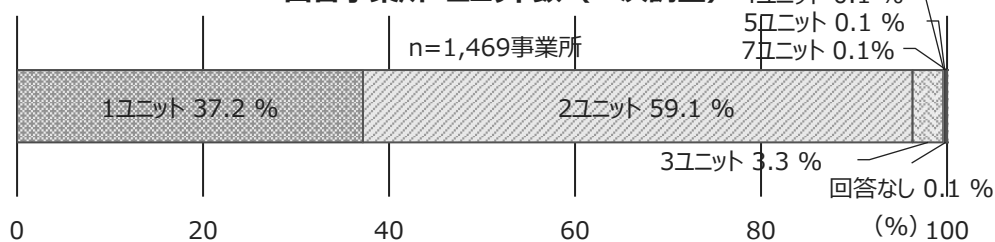
- ・一次調査で回答が得られた事業所の開設主体は、営利法人 543 か所（37.0%）、社会福祉法人 421 か所（28.7%）、医療法人 243 か所（16.6%）、NPO81 か所（5.5%）、その他 163 か所（11.1%）であり、1 ユニットを有する事業所が 546 か所（37.2%）、2 ユニットを有する事業所が 867 か所（59.1%）、3 ユニットを有する事業所が 49 か所（3.3%）であった。

- 二次調査 A の事業主体は、営利法人 441 か所 (35.4%)、社会福祉法人 380 か所 (30.5%)、医療法人 193 か所 (15.5%)、NPO 法人 94 か所 (7.5%)、その他 87 か所 (7.0%) であった。
- 二次調査 B の事業主体は、営利法人 1,369 人 (38.7%)、社会福祉法人 1,020 人 (28.9%)、医療法人 623 人 (17.6%)、NPO 法人 218 人 (6.2%)、その他 268 人 (7.6%) であった。

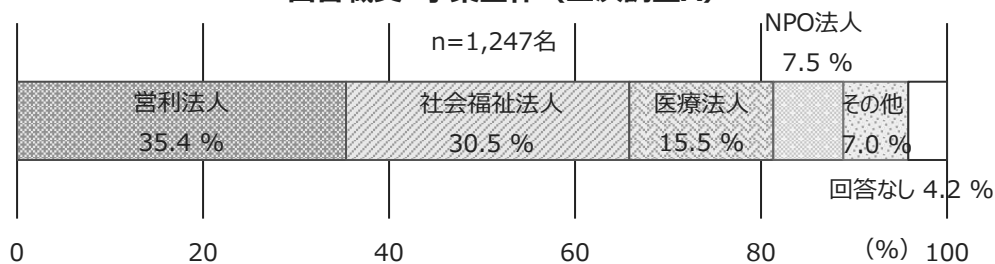
回答事業所 事業主体 (一次調査)



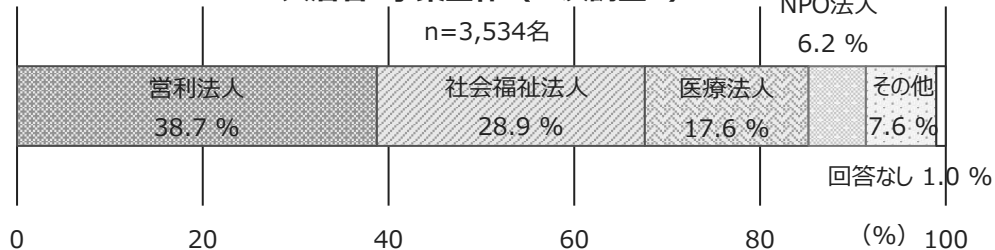
回答事業所 ユニット数 (一次調査)



回答職員 事業主体 (二次調査A)

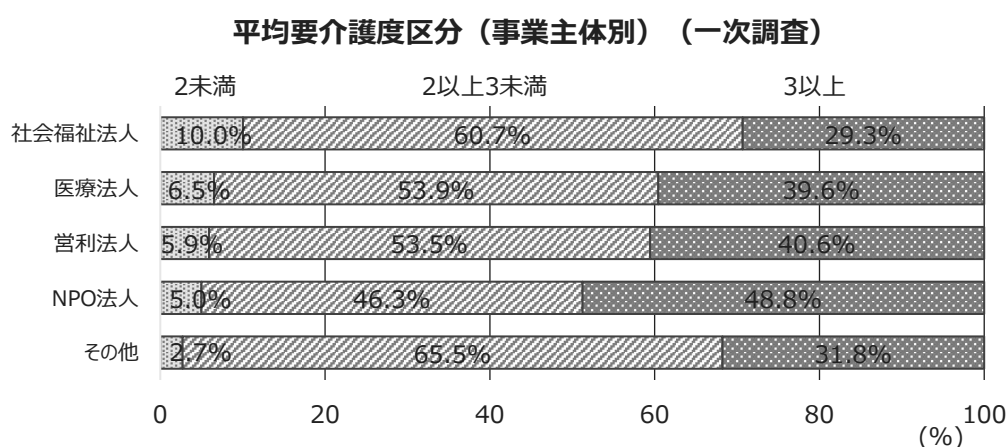
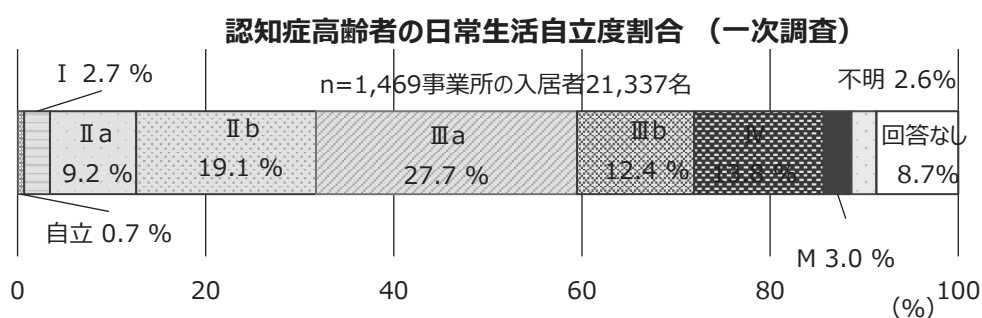
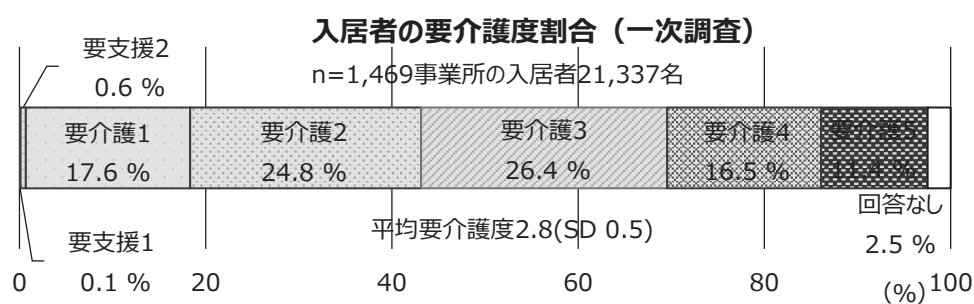


入居者 事業主体 (二次調査B)

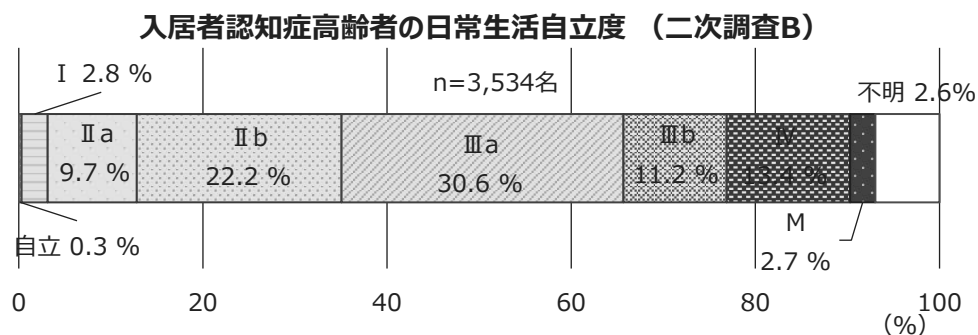
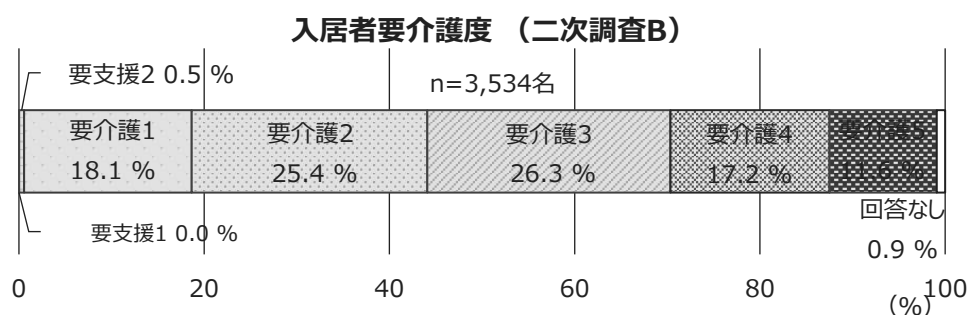
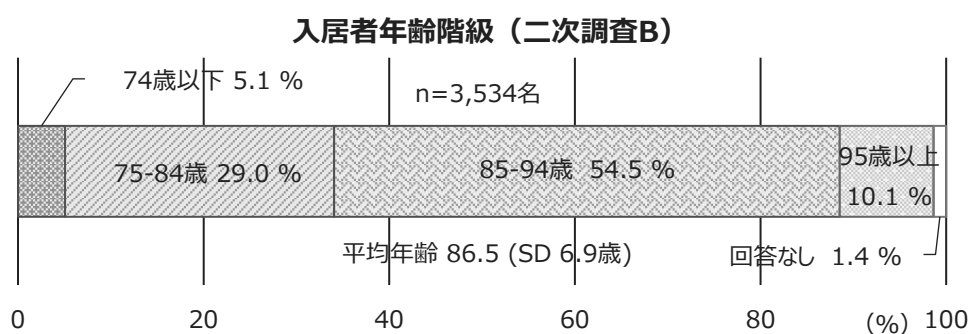
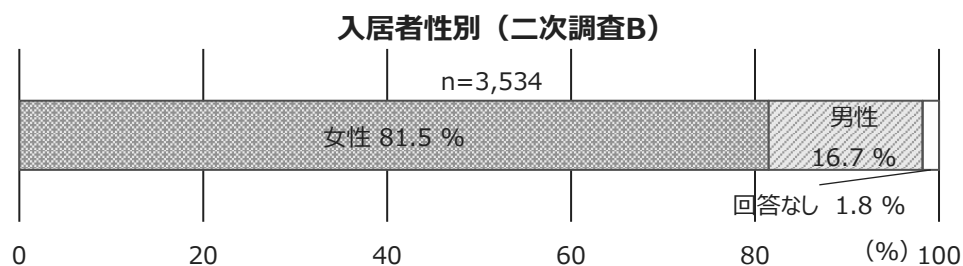


3. 入居高齢者の要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度等

・1,467事業所における入居者の平均要介護度は2.8であり、要介護4,5の者の占める割合は27.9%、認知症日常生活自立度Ⅲa以上の者が占める割合は56.9%、全事業所のうちⅢa以上の入居者が6割以上を占める事業所の割合は48.7%であった。開設主体別では、社会福祉法人では、要介護3以上の者が占める割合が29.3%であるのに対して、NPO法人では48.8%と重度な入居者が多かった（一次調査）。



- ・個別調査において調査対象となった入居者 3,534 名の特性については、女性が占める割合が 81.5%、平均年齢は 86.5 歳 (標準偏差 6.9 歳)、85~94 歳の者が占める割合が 54.5%、要介護 3 以上の者の占める割合は 55.1%、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa 以上の者の占める割合は 57.9%であった (二次調査 B)。

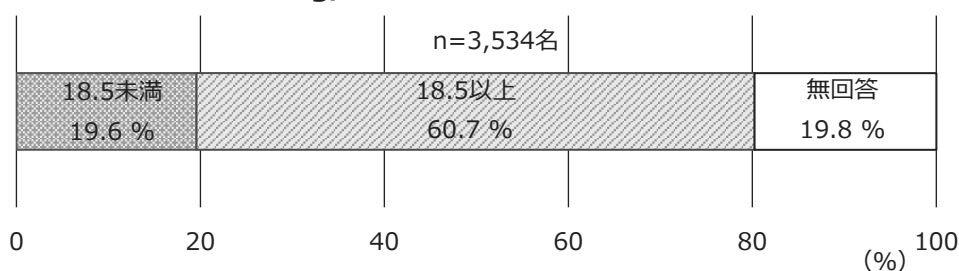


4. 入居高齢者の低栄養、嚥下調整食やとろみ剤の利用、食事中の徴候・症状、過去6ヶ月間の入院（二次調査B）

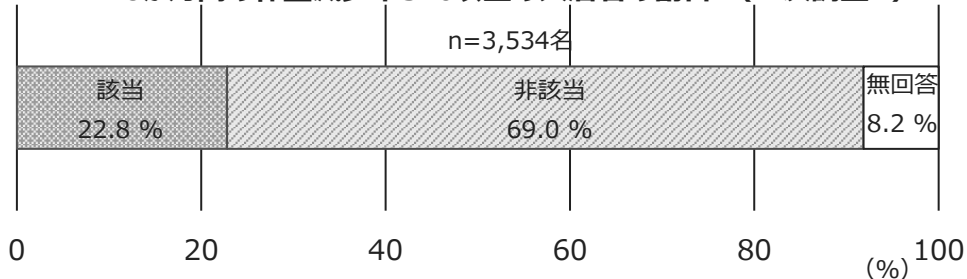
入居者3,534名において、以下の結果を得た。

- ・低栄養：BMI18.5kg/m²未満の者19.6%、高齢者の標準となる体格のBMI20.0 kg/m²未満の者31.9%、6ヶ月間で2kgの体重減少のあった者18.2%、6ヶ月間に3%以上の体重減少のあった者22.8%であった。
- ・嚥下調整食やとろみ剤の利用：嚥下調整食やきざみ食を利用している者30.0%、とろみ剤を利用している者15.8%であった。
- ・認知症高齢者の食事中の徴候・症状：「食事の失認・傾眠」19.8%、「拒食・偏食」16.9%、「食事中的徘徊・多動」5.1%であった。
- ・過去6ヶ月間の入院：過去6ヶ月間に入院したことがある者は7.9%であった。

BMI18.5kg/m²未満の入居者の割合（二次調査B）

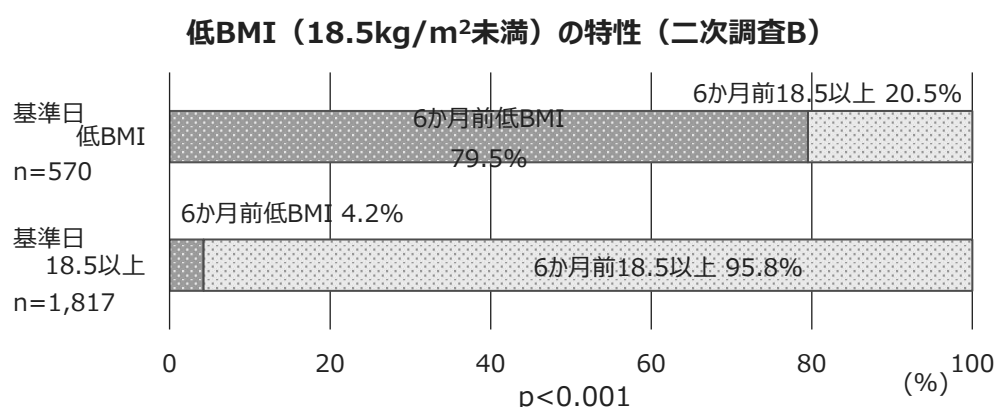


6か月間の体重減少率3%以上の入居者の割合（二次調査B）



5. 低栄養者の特性（二次調査 B）

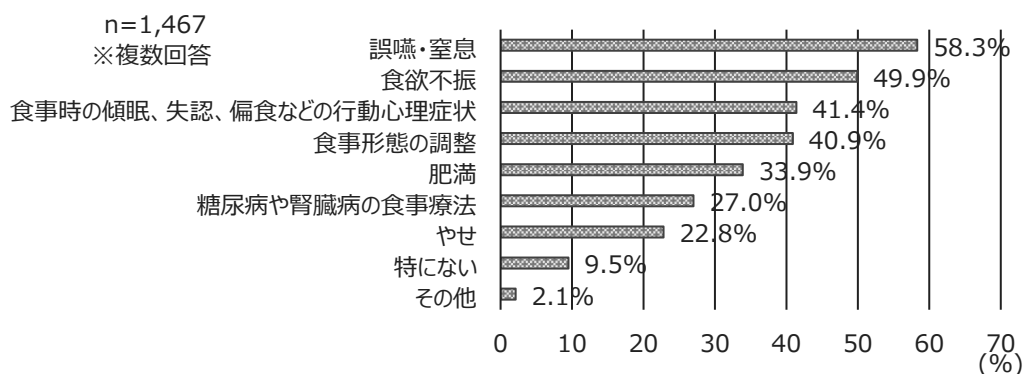
入居者 3,534 名において、BMI18.5 kg/m²未満の低栄養者を BMI18.5 kg/m²以上の非低栄養者と比較した場合の特性は、その約 2 割が 6 か月以内に低 BMI となった者であり、高年齢、要介護度 3 以上及び認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa 以上、嚥下調整食やとろみ剤の利用、食事全介助、食事時の失認・傾眠や拒食・偏食が高い割合で見られ、過去 6 ヶ月間に入院した者の割合も高かった。



6. 食事提供や栄養管理に関して職員が不安や困ったと思ったこと

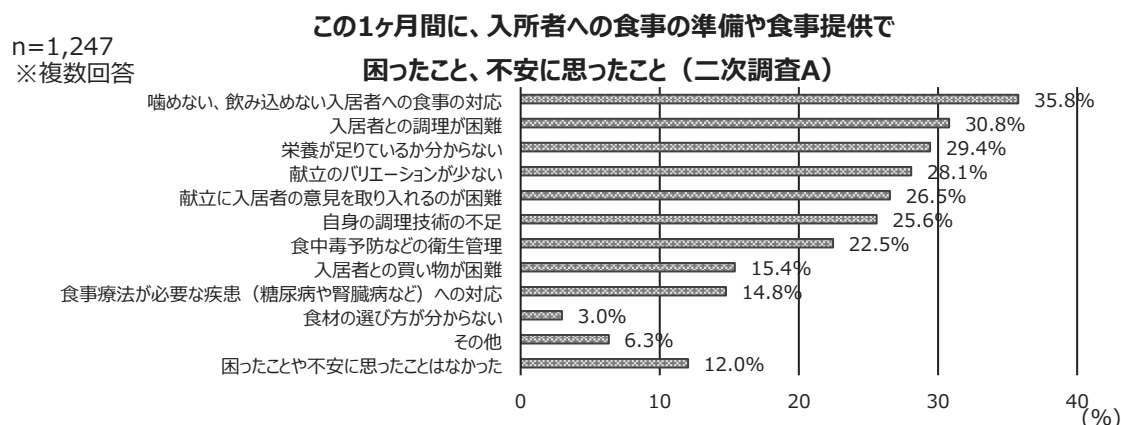
- ・1,467 事業所において、誤嚥・窒息の恐れ 58.3%、食欲不振 49.9%、食事時の傾眠、失認、偏食などの行動心理症状 41.4%、食事形態の調整 40.9%、肥満 33.9%、糖尿病や腎臓病の食事療法 27.0%、やせ 22.8%、特にない 9.5%であった（一次調査）。

食事提供・栄養管理に関して不安や困ったと思ったこと（一次調査）



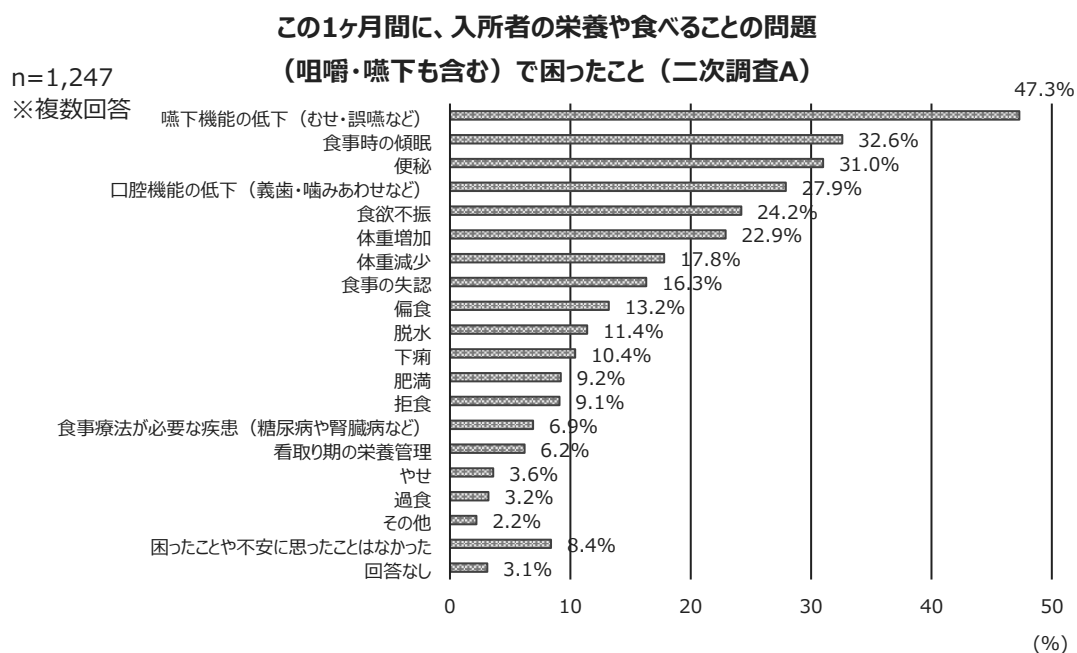
・ 1 か月間に入居者の食事準備や食事提供で困ったこと・不安に思ったこと :

職員 1,247 人において、噛めない、飲み込めない入居者への食事対応 35.8%、入居者との調理が困難 30.8%、栄養が足りているかわからない 29.4%、献立のバリエーションが少ない 28.1%、献立に入居者の意見を取り入れるのが困難 26.5%、自身の調理技術不足 25.6%、食中毒予防などの衛生管理 22.5%、入居者との買い物が困難 15.4%、食事療法が必要な疾患（糖尿病や腎臓病など）への対応 14.8%であった（二次調査 A）。



・ 1 か月間に入居者の栄養・食べることの問題（摂食・嚥下を含む）で困ったこと :

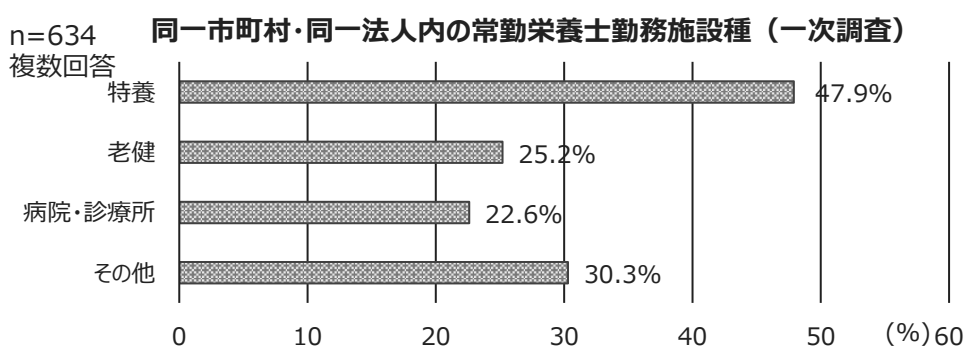
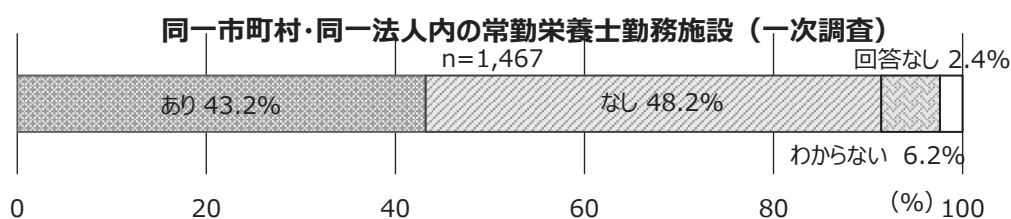
職員 1,247 人において、困ったことが一つ以上あったと回答した職員の割合は 88.5%、その内容は、嚥下機能の低下（むせ・誤嚥など）47.3%、食事時の傾眠 32.6%、便秘 31.0%、口腔機能の低下（義歯・噛みあわせなど）27.9%、食欲不振 24.2%、体重増加 22.9%、体重減少 17.8%、食事の失認 16.3%、偏食 13.2%、脱水 11.4%、下痢 10.4%、肥満 9.2%であった（重複回答、二次調査 A）。



7. 管理栄養士（栄養士を含む）との係わりと相談先

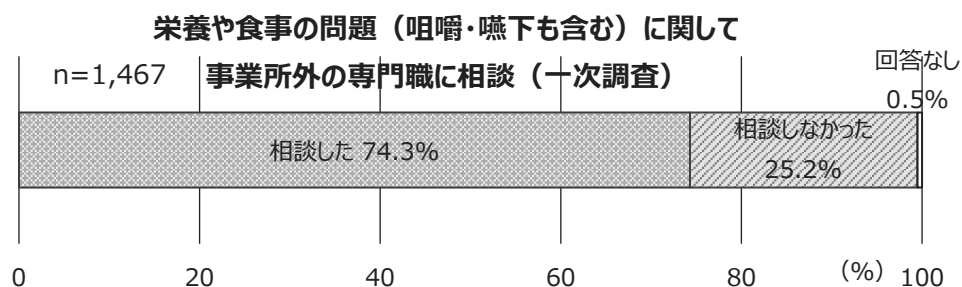
・管理栄養士等（栄養士を含む、以下同様）の係わり：

1,467 事業所において、1 ユニット当たりの管理栄養士等数は 0.1 名に過ぎず、また、同一法人内に管理栄養士等の勤務施設のある事業所は 43.2%、その施設の種類の別内訳は特養 47.9%、老健 25.2%、病院・診療所 22.6%であった。事業主体別には、同一法人内に栄養士（管理栄養士を含む）の勤務施設のある事業所は、社会福祉法人 79.1%、医療法人 73.2%に対して営利法人 16.0%、NPO 法人 9.1%にすぎなかった（一次調査）。



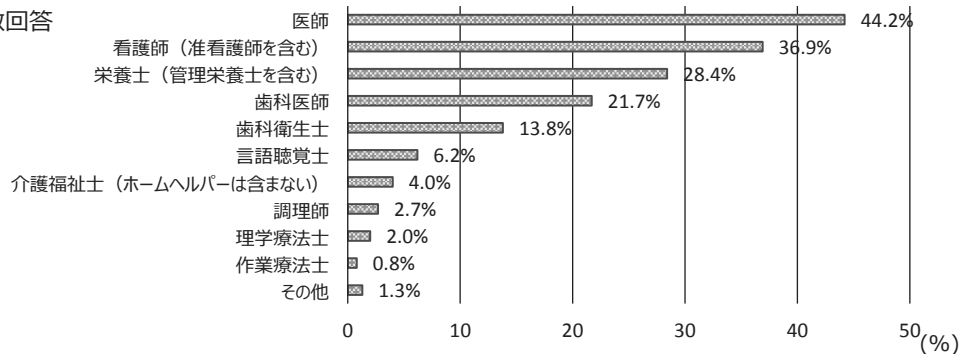
・栄養・食事の問題（摂食・嚥下も含む）に関する相談先：

1,467 事業所において、事業所以外の専門職に相談したのは 74.3%、相談した職種は医師 44.2%、看護師（准看護師を含む） 36.9%、栄養士（管理栄養士を含む） 28.4%、歯科医師 21.7%、歯科衛生士 13.8%であった。事業主体別には、栄養・食事の問題を相談する職種が栄養士（管理栄養士を含む）は社会福祉法人 57.1%、医療法人 49.5%に対して営利法人 24.2%、NPO 28.8%にすぎなかった（一次調査）。



n=1,090
※複数回答

事業所外に相談した職種（一次調査）



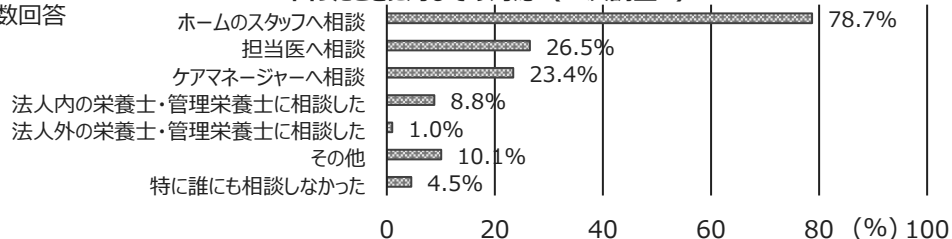
・困ったことに対する相談相手：

1 か月以内に入所者の栄養や食べることの問題（咀嚼・嚥下を含む）について困ったことが1つ以上あった職員1,103人の相談相手は、事業所内スタッフ78.7%、それ以外は担当医26.5%、介護支援専門員23.4%、法人内栄養士・管理栄養士8.8%、法人外栄養士・管理栄養士1.0%にすぎなかった（二次調査A）。

n=1,103
※複数回答

入所者の栄養や食べることの問題（咀嚼・嚥下も含む）

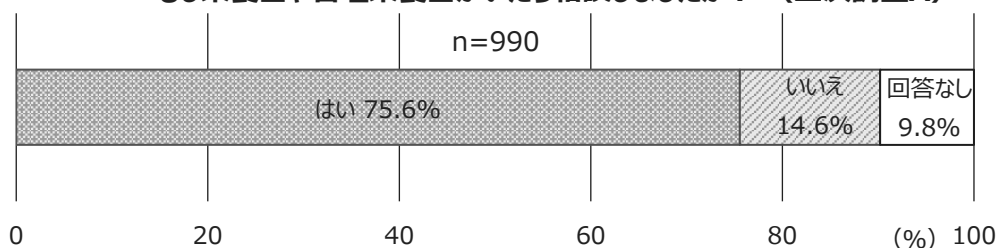
困ったことに対する対応（二次調査A）



・管理栄養士等がいたら相談した：

事業所内外の管理栄養士等に相談しなかった990人の職員のうち75.6%が、（事業所に）栄養士・管理栄養士等がいたら相談したと回答した（二次調査A）。

もし栄養士や管理栄養士がいたら相談しましたか？（二次調査A）

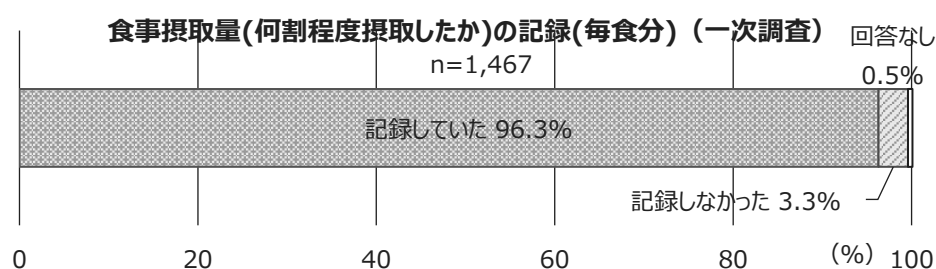
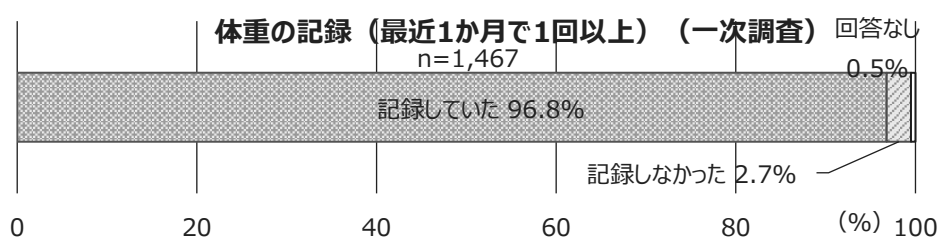


8. 体重、食事摂取量の定期的な記録や個別の食事対応について（一次調査）

1,467 事業所において、以下の結果を得た。

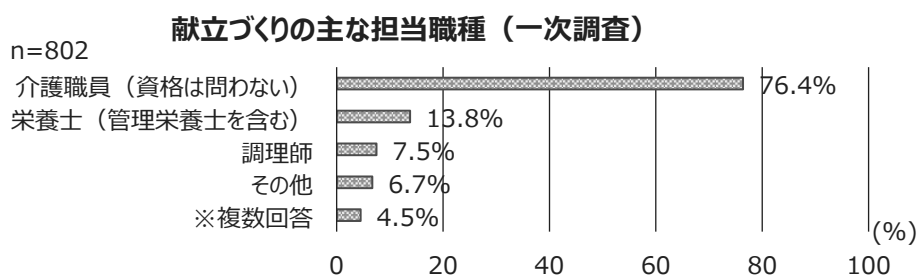
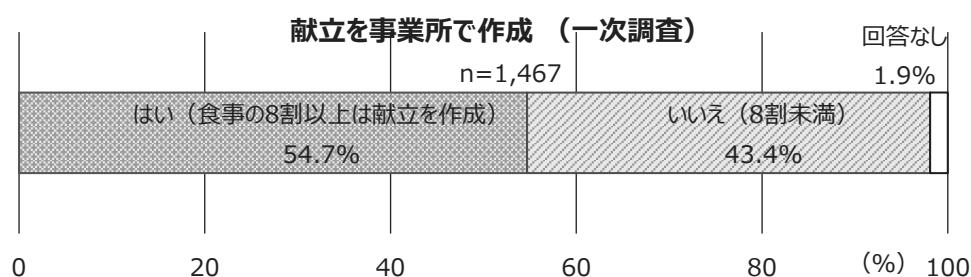
・体重、食事摂取量の定期的な記録（1 か月 1 回）：

入居者の体重を記録（少なくとも 1 か月 1 回）している事業所の割合は 96.8%であり、食事摂取量（毎食、何割摂取したか）を記録している事業所は 96.3%と殆どの事業所で実施されていた（一次調査）。



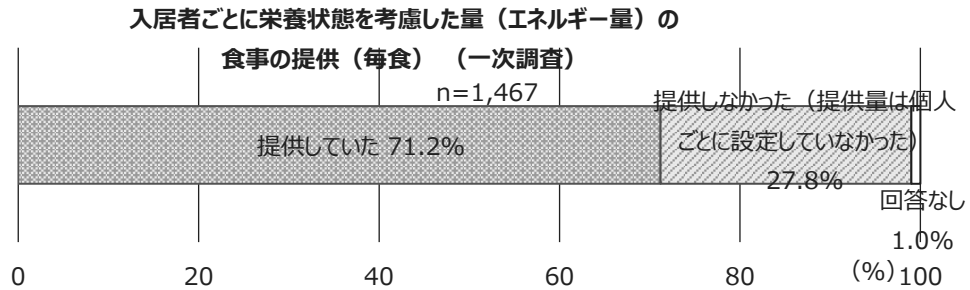
・献立の作成：

入居者の献立を作成している事業所の割合は 54.7%であり、その主な担当職種は介護職員 76.4%、管理栄養士等 13.8%、調理師 7.5%であった。



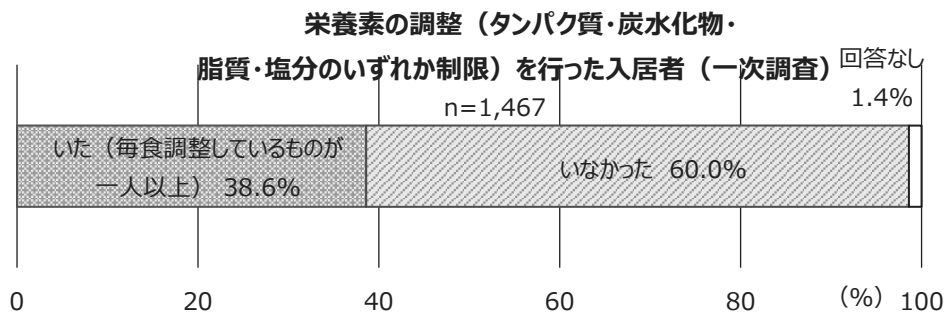
・個別の食事対応：

個別のエネルギー量の食事の提供：入居者ごとの栄養状態を考慮した量（エネルギー）の・食事を毎日提供している事業所の割合は 71.2%であった。



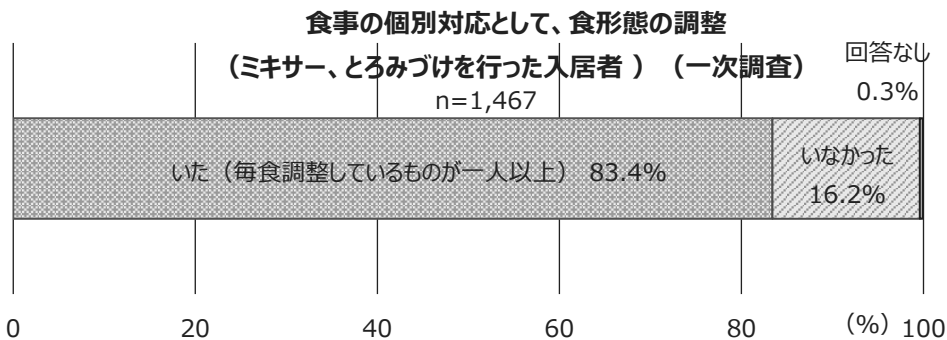
・個別の栄養素（タンパク質、炭水化物、脂質、塩分のいずれか）の制限：

制限されている者が入居している事業所（対応しているということ）の占める割合は 38.6%であった。



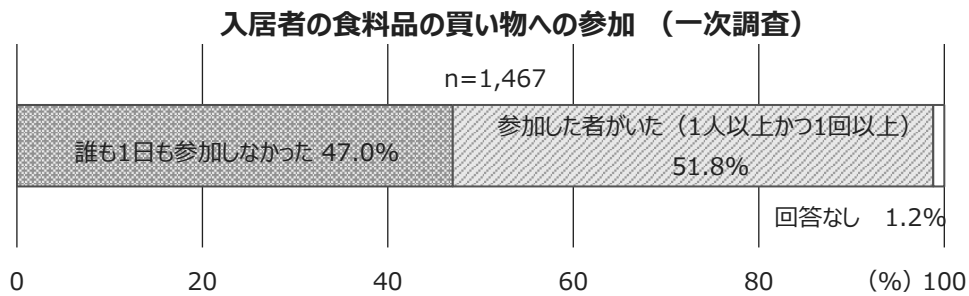
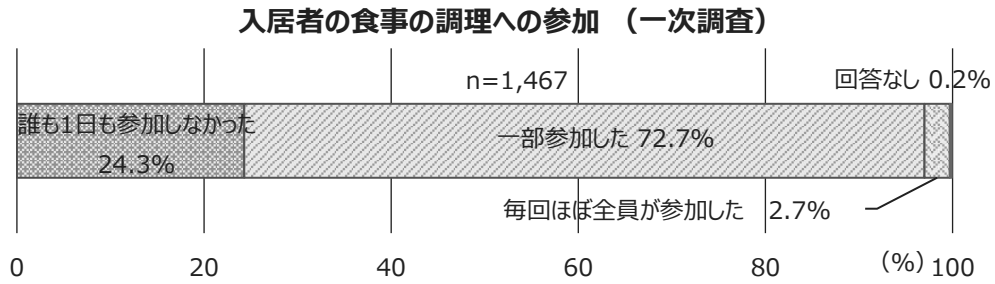
・個別の食形態の調整：

食形態を毎食調整しているものが 1人以上している事業所の占める割合は 83.4%。1～2名以上 27.2%、3～5名以上 40.5%、6名以上 15.8%以上、食形態を調整している平均人数 3.5名と 1ユニットの定員である 9名に対して 3分の 1 以上であった。



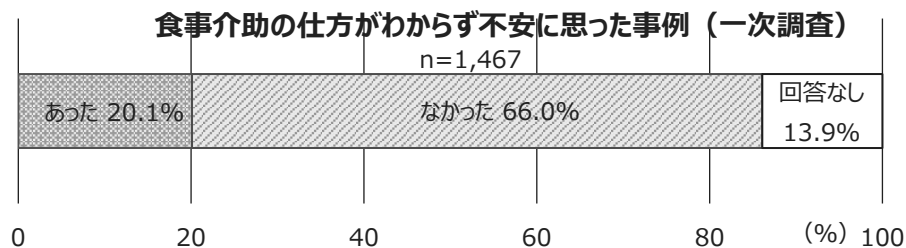
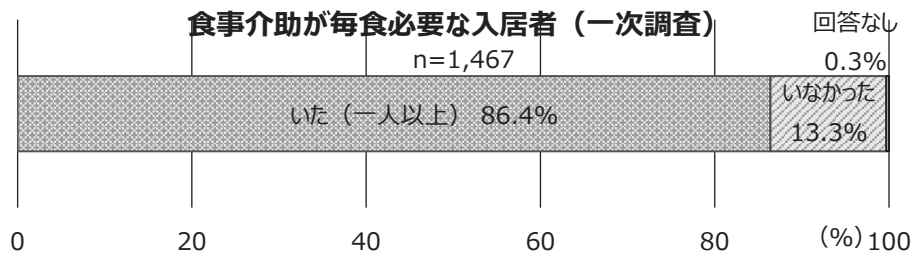
・調理や買い物への入居者の参加：

食事の調理に一部の入居者が参加している事業所が 72.7%、ほぼ毎回全員が参加している事業所が 2.7%、食料品の買い物への参加（1人以上1回以上）がある事業所 51.8%であった。



・食事介助：

食事介助が必要な入居者が一人以上いる事業所の占める割合は 86.4%、食事介助の仕方がわからず不安に思った事例があった事業所 20.1%であった。



9. 栄養管理の今後のあり方について（三次調査）

3 事業所の管理者・職員に対するインタビューの逐語録から採取した栄養管理の今後のあり方についての意見の要点は以下の通りであった。

（1）低栄養について

・低栄養（やせ、食欲低下、脱水、体重減少等）は、入居時、退院後あるいは長期入居者（10年以上）において問題化しており、摂食嚥下機能の低下や看取りの対応とともに低栄養への対応が迫られてきている。

（2）栄養管理のあり方について

○低栄養のスクリーニングについて

- ・認知症 GH においては、介護職等による体重の記録、食事量が記録されているので栄養スクリーニングを実施することができる。しかし、重度の要介護者については体重測定が困難であることから、車椅子用体重計の設置が必要だが、高額でありスペースもとることから、安価でコンパクトな椅子付き体重計の開発が待たれる。
- ・重度の要介護者に対しては、体重に代わる栄養スクリーニング指標が必要である。
- ・食事量は10段階で記録することができるが、提供される食事の全量がすでに通常量の半分になっている場合もあり適切な記録法の習得が求められる。

○低栄養把握後の情報の共有化

- ・認知症 GH 介護職から介護支援専門員に低栄養リスクについての情報を提供することは可能である。しかし、管理栄養士は身近にいないので情報の共有化は難しい。

○管理栄養士による栄養管理のあり方

- ・医療法人が設置する認知症 GH では、法人内の医療機関から管理栄養士による居宅療養管理指導により月 2 回の栄養管理ができる。この場合には、管理栄養士に認知症高齢者に対応できる栄養ケア能力が求められる。
- ・法人内の介護保険施設に所属する管理栄養士による訪問栄養ケアやコンサルテーションについては未だ制度化されていない。
- ・管理栄養士による居宅療養管理指導までは必要ないものの、例えば管理栄養士によるスマートフォン等を用いた食事相談（例えば、食事の前後の写真を送り摂取量や献立について管理栄養士に相談できるなど）、認知症 GH 入所者への訪問相談、メールや電話等によるコンサルテーション等の取り組みを制度化してほしい。

○認知症 GH の管理者や介護職による栄養管理の取り組み

- ・管理者や介護職は、入居時や退院後に食事を十分に摂取できない入居者が次第に食べられるようになると、食事形態も通常食へ変化し、表情や生活機能が向上していく事例について研修を通じて共有化し、「食べること」の意義を認識することが必要である。
- ・食べることの支援については、一連の生活の流れのなかで取り組むこと、すなわち入居者が介護職と一緒に献立を決め、買い物（食材をみて、さわって）、食事準備や食べることまでの一連の生活支援が入居者の食欲、生活する意欲に繋がることを重視する必要がある。
- ・介護職には入居者の食事時の観察を通じて食べることを障害している問題を把握し、解決するためのケア技術や食事形態の個別化のための料理技術が求められる。
- ・介護職には入居者の食事時の失行、失認に対面して声かけをしながら食べる動作を見せて対応したり、3食のいずれかでみられる欠食や食欲減退に対応したりすることが求められる。

(3) 研修について

- ・管理栄養士には認知症高齢者への対応についての研修が求められる。研修方法としては、講義だけではなく事例紹介や事例検討、体験型実習や臨地研修が必要である。
- ・認知症 GH の管理者、職員に対する現行の認知症研修には栄養に関する内容が含まれていないので、高齢者の食べることの意義、低栄養のスクリーニング、食事時の観察の方法、摂食嚥下機能の低下に対応した調理方法などの研修が必要である。
- ・管理者や職員のなかに栄養リーダーが育成されることが望ましい。研修方法としては、通算 1～2 時間の研修では内容を十分理解できないため、1 日か 2 日間の集中研修がよい。

(4) その他

- ・栄養管理に関するコンサルテーションに対応してもらえる地域の拠点が必要であり、拠点には管理栄養士の配置や車椅子用体重計が設置されるとよい。

結果のまとめ

認知症 GH 入居高齢者における低栄養は、BMI18.5 kg/m² 未満の者が入居者の 19.6%を占め、6 ヶ月間に 3%以上の体重減少のあった者は同 22.8%であり、これは 5 名に 1 名程度に相当する。このような低栄養者にみられる特性は、要介護度の重度化、形態調整食やとろみ剤の利用、食事中の「失認・傾眠」「拒食・偏食」「食事中の徘徊・多動」である。一方、非低栄養者は、低栄養者に比べて食事準備や買い物に参加していた。

入居者の体重を記録（1 か月 1 回以上）している事業所の占める割合は 96.7%であり、食事摂取量（毎食、何割摂取したか）を記録している事業所は同 96.3%であることから、職員による低栄養のスクリーニングは実施可能であると考えられる。また、個別のエネルギー量、

食形態の調整に対する食事の個別対応の試みが 7 割以上の事業所において行われていた。しかし、認知症 GH の職員の 8 割以上が嚥下機能の低下（むせ・誤嚥など）、食事時の傾眠、便秘、口腔機能の低下、食欲不振、体重増加、体重減少などの食事対応に困っており、その相談先は事業所内スタッフ、それ以外は担当医、介護支援専門員であり、職員は栄養士・管理栄養士への相談を 7 割以上が望んでいるものの、相談できる栄養士・管理栄養士は身近に殆どいない現状にあった。

本調査事業の中間報告の結果に基づいて、平成 30 年 4 月より認知症 GH においては介護職等によって実施可能な栄養スクリーニングを行い、利用者の栄養状態に係わる情報を介護支援専門員に文書で共有した場合に栄養スクリーニング加算として評価されることになった。

しかし、認知症 GH 管理者及び職員における入居認知症高齢者の低栄養や栄養管理に関する重要性の認識や実施可能な課題把握やその解決能力は十分とは言えない。また、管理栄養士による栄養管理に関する介護報酬上の制度は管理栄養士による居宅療養管理指導のみであり、低栄養に対応するための認知症 GH 事業所や入居認知症高齢者の特性に対応した栄養管理体制が十分ではないと考えられる。

提言

以上の結果のまとめを踏まえて以下を提言する。

1. 全国の認知症 GH において、介護職でも実施可能な低栄養のスクリーニング（BMI 及び体重の減少等を把握）を行い、栄養情報を介護支援専門員に伝える取り組みとしては、平成 30 年 4 月より 栄養スクリーニング加算が新設されるが、この取り組みを早急に推進する必要がある。なお、日本健康・栄養システム学会では、その意義や適切な実施方法について研修教材を作成し、当該教材を用いた定期的な啓発研修を 3 年間継続して実施することとしている。
 2. 認知症 GH 入居者のうちの低栄養者に関する栄養情報は介護支援専門員やかかりつけ医までの共有化は実施可能であるが、その後管理栄養士に共有化され、適切な栄養管理につなげる方法は、医療機関に所属する管理栄養士による居宅療養管理指導の導入が実現しない限り極めて困難な状況にある。
このため、次回の介護報酬改定に向けて、次の 2 つ事業に日本健康・栄養システム学会は取り組むこととしている。
- 同一法人内の医療機関、介護保険施設等、あるいは法人外の事業所に所属する管理栄養士による訪問相談や電話・メールなどを用いたコンサルテーションの体制づくりや実践活

動に取り組む事業所づくりを推進する。

○認知症 GH の管理者、介護職が実施可能な低栄養への対応として、食事中の観察からの課題把握や課題解決のための支援方法、簡便でおいしい食事調整食の料理方法等について、啓発研修を1～2日間程度実施することとしている。その際、本事業により作成された研修教材を活用する。

3. 1、2の啓発活動における認知症 GH における栄養管理の推進にあたっては、食べることの楽しみの充実をめざす観点から、一連の食事に係る生活の流れ（献立作成、買い物、食事づくり、後片付け等への参加）や認知症の食事中の兆候・症状への適切な対応を重視することが重要である。

4. 1～3の啓発活動の1年後には評価検証に関する研究を行い、得られたエビデンスと開発した実践活動モデルを提案し、3年後の介護報酬改定における認知症 GH における栄養管理の体制と取り組みの推進に貢献する。

I. 認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する調査研究事業

目 的

認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者は、平成 37 年には 470 万人になることが推計され、「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」において、地域における認知症ケアの適切な手法の確立が緊急に求められている¹⁾。地域の認知症高齢者のための基幹的サービスの拠点である認知症対応型共同生活介護(以下、認知症 GH)は、全国 1 万 3 千か所、入居者 19.1 万人とされ、将来的には 25 万人規模の対応が想定されている²⁾。

しかし、認知症 GH 入居者に対しては、在宅や施設利用者において行われているような低栄養の実態把握や、その対応に対する検討³⁻⁴⁾は行われてきていない。さらに、平成 26 年及び平成 28 年度老人保健健康増進事業⁵⁻⁶⁾によって取り組んだ介護保険施設入所高齢者の認知機能の低下による摂食嚥下機能の低下に伴い、ミールラウンド(多職種による食事時の観察)により把握される課題(口腔ケア、姿勢や食事調整による対応)の発生状況や適切な対応がなされているかも認知症 GH 入居者に対しては明らかとなっていない。一方、低栄養の原因となる食事の食関連周辺症状(以下、認知症高齢者の食事の徴候・症状)については、介護保険施設入所高齢者を対象に出現状況やそのためのミールラウンドでの観察の方途や栄養管理のあり方について研究調査しているが⁷⁻¹⁴⁾、認知症 GH 入居者の認知症高齢者の食事の徴候・症状の出現や対応状況も調査されていない。

このように認知症 GH 入居者における栄養状態等の実態把握や栄養管理に係る課題整理は進んでいない。このため、本事業では認知症 GH 入居者の栄養状態及び認知症高齢者の食事の徴候・症状や低栄養状態の実態及び栄養管理に関する課題把握を行った。

方 法

1. 一次調査：事業所実態調査

平成 30 年度介護保険制度改正にあたって、認知症 GH における栄養や食事支援の課題や実務の実態を明らかにし、今後の認知症高齢者の口から食べる楽しみの充実の一層の推進を行い、介護保険制度の適正な運用と評価に寄与することを目的として、全国規模の横断的な認知症 GH 事業所の実態調査を行った。

(1) 対象事業所

平成 29 年 7 月時点で厚生労働省の介護サービス情報公表システム

(<http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/>)に登録された認知症 GH 全国 13,028 事業所のうち、都道府県別に 3 割無作為抽出した 3,910 事業所の管理者(ホーム長、あるいは管理者が依頼した職員)を対象とした。

(2) 調査方法

対象事業所のうち、公益社団法人認知症 GH 協会の会員である事業所に対しては、同協会からの添え状とともに、管理者（ホーム長）に対しての依頼状、ID を交付した施設調査票、後納封筒を郵送した。調査への協力は対象者の自由な意志に任され、同封した後納封筒により調査票を回収した。

(3) 調査内容（調査票別添）

調査項目は、①概要、②認知症 GH の概要、③入居者の食事・栄養から構成され、詳細は以下のとおりであった。

- ① 記入日及び記入者
- ② 事業主体、ユニット数と入居者数、要介護度区分別人数、認知症高齢者の日常生活自立度別人数、スタッフの常勤・非常勤・ボランティア別人数、スタッフの資格別人数（介護福祉士、看護師・准看護師、管理栄養士・栄養士）、法人内同一市町村内の栄養士勤務施設の有無
- ③ 入居者の食事・栄養：体重測定と記録（1か月1回以上）、献立づくりと担当職種、入居者ごとの栄養状態を考慮した食事量（エネルギー）の提供、食事摂取量（何割程度摂取）の記録、入居者の調理参加及び買い物参加、食事形態の調整食の有無と有の場合の人数、食事の個別対応として栄養素の調整（タンパク質、炭水化物、脂質、塩分のいずれか）を行った入居者の有無、認知症 GH 職員による栄養・食事（摂食・嚥下を含む）に関して相談する事業所外専門職、食事介助が毎食必要となる入居者の有無と不安に思った事例の有無

(4) 解析

郵送により回収した事業所の調査票から匿名化されたデータベース（Excel シート）への入力、日本健康・栄養システム学会が個人情報保護管理の規定に基づいて委託契約をした日本ヘルスケアテクノ（株）（東京都）が行った。その後、データベースはパスワード付き CD に保管され、委員長の神奈川県立保健福祉大学 栄養ケア・マネジメント研究室杉山みち子宛に書留送付された。当該データベースに基づき、委員の高田健人（神奈川県立保健福祉大学助教）が基礎集計、事業主体法人別集計を行った。

(5) 研究倫理について

本調査への回答は、回答者の意思に委ねられたアンケート調査であるが、神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会（迅速審査Ⅱ）の承認を得た。

2. 二次調査 A：認知症 GH スタッフにおける入居者の栄養・食事に関する意識調査

二次調査への協力の回答を得た事業所に勤務するスタッフを対象として、入居者の食事の準備や提供について日常的に困っていることや不安に思っていること、入居者本人の栄養や食べることの問題について困っていることについて、その実態を把握し、今後の管理栄養士の関わりや栄養管理体制の必要性についての検討を行うためのものである。

(1) 対象事業所及び対象者

一次調査が回収されデータとした 1,467 事業所のうち、二次調査への協力の回答があった 688 事業所に調査票を郵送し、管理者（ホーム長）が設定した任意の 1 日の調査日の勤務者最大 5 名を対象とした。なお、20 歳未満の未成年者、勤務年数 1 か月未満の者は除外した。

(2) 調査方法

管理者（ホーム長）に対して管理者及びスタッフへの各依頼状、無記名の調査票、後納封筒を郵送した。協力は対象者の自由な意志に任され、同封した後納封筒により調査票を回収した。

(3) 調査内容（調査票別添）

調査項目は、調査日、記入者の職種、性別、年齢階層（番号 1 つを選択）、食事準備や食事提供で困ったこと、不安に思ったこと（複数選択）、この 1 か月間に、入居者の栄養や食べることの問題（咀嚼、嚥下も含む）で困ったこと（複数選択）、上記への対応（相談した専門職）（複数選択）、上記で特に誰にも相談しなかった場合の理由（複数選択）、上記で管理栄養士・栄養士がいたら相談したか、入居者の食事提供や栄養管理について感じていること（自由記載）であった。

(4) 解析

郵送により回収した調査票から匿名化されたデータベース（Excel シート）への入力、日本健康・栄養システム学会が個人情報保護管理の規定に基づいて委託契約をした日本ヘルスケアテクノ（株）（東京都）が行った。その後、データベースはパスワード付き CD に保管され、委員長の神奈川県立保健福祉大学 栄養ケア・マネジメント研究室杉山みち子宛に書留送付された。当該データベースに基づき、委員の高田健人が基礎集計、事業主体法人別集計を行った。

(5) 研究倫理について

本調査への回答は、回答者の意思に委ねられた無記名のアンケート調査であるが、神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会（迅速審査Ⅱ）の承認を得た。

3. 二次調査 B：認知症 GH 入居者の栄養、食事の実態調査

認知症 GH 入居者の個別の栄養状態（低体重、6 か月間の体重減少）、食事状況（嚥下調整食やとろみ剤使用、食事時の認知症の徴候・症状、調理・食事準備や買い物への参加、食事場所、食事介助）の実態を既存記録によって把握することを目的とした。

（1）対象施設及び対象

一次調査により回収され有効回答にあった 1,467 事業所のうち、二次調査への協力の回答を得られた 688 事業所（46.8%）の中から一次調査に「記入日までの 1 か月間の体重の値の記録のある」と回答した 664 事業所（45.4%）の入居者（定員数より）約 9,000 名以上を対象予定者とした。実態把握のため、記録のある入居者全員とし、除外する条件は設定しなかった。なお、調査票への記載は管理者（ホーム長）あるいは管理者の依頼したスタッフとした。

（2）調査方法と実施状況

管理者（ホーム長）に対しての依頼状、研究概要・個別調査票記入方法、研究実施のお知らせとご協力のお願い（事業所掲示用）、研究倫理相談窓口、協力同意書、協力同意撤回書、調査票（事業所 ID 交付）、回収のための後納封筒を郵送した。調査への協力は事業所管理者の自由な意志に任され、調査票は同封した後納封筒により回収した。一次調査の記入日までの 1 か月間の体重の値の記録のある入居者全員を対象とし、個別調査票記入方法に従って記録から調査票への転記を行った。その後、入居者氏名メモ欄（調査票への記載を容易するために設けた）を切り取った調査票を同封返信封筒により返送された。調査票の転記は、事業所管理者あるいは管理者から依頼された職員が行った。

回収数を高めるための葉書による督促を 451 事業所に対して 9 月 26 日に行い、最終的に 256 事業所から 3,534 名が回収された。

（3）調査票の内容（調査票別添）

既存の記録からの転記内容（詳細は調査票参照のこと）は以下のとおりである。

過去 6 か月間の栄養士（管理栄養士）との関わり、関わった栄養士（管理栄養士）の所属、栄養士が関わった内容、2017 年 7 月 31 日時点の性別、年齢、要支援・要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度、身長、体重、食事形態、とろみ剤の使用、食事準備への参加、買い物（食料品）への参加、主な食事の場所、食事介助、食事時の失認・傾眠、拒食・偏食、食事時の徘徊、2017 年 2 月 1 日の入居の有無、6 か月前の体重、2017 年 2 月～7 月の入院の有無。

（4）解析

郵送により回収された調査票からの連結不可能匿名化されたデータベース（Excel シー

ト)への入力、個人情報管理の規定に基づいて委託契約をした日本ヘルスケアテクノ(株)(東京都)が行い、その後、データベースはパスワード付きCDに保管され、委員長の神奈川県立保健福祉大学 栄養ケア・マネジメント研究室杉山みち子宛に書留送付された。当該データベースに基づき、大学院室及びスタッフルーム8の高田健人のPCの個人フォルダーに格納し、各調査項目(但し体重はBMI18.5kg/m²(あるいは20.0未満)を低体重とする)、6か月間の体重減少、食事状況に関する項目の基礎集計を行った。

さらに、事業主体法人別、低栄養(BMI18.5kg/m²)の有無、過去6か月間の入院の有無によるクロス集計を行った。統計解析にはSPSSを用い、 χ^2 検定、マンホイットニーU検定を行った。

(5) 研究倫理について

既存の記録を用いる後ろ向き観察研究により、予測されるリスクはない。協力は、事業所管理者の自由な意志に任され、その後もいつでも撤回できること、撤回した場合にはすべてのデータが削除されること、協力しなくても何の不利益も蒙らないことが依頼状によって説明された。協力施設の個別入居者の既存記録のみを用い、事業所IDが交付された調査票に転記することを、オプトアウトにより施設内への掲示を依頼し、本人・家族が拒否できる機会を保障した。転記作業を容易にするために記載した入居者の名前は、記入方法に従って調査票の切り取り線によって切り取って送付された。万一、切り取られずに回収された場合には、事務局が開封後、直ちに切り取り粉碎処分され、その後、集団としての集計がされるので個人が特定されることはない。また、集計に際してもカテゴリー別人数が3名以下となった場合には、集計から除外した。神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会の承認を得て行った。

結 果

1. 一次調査：事業所実態調査(資料2-1 一次調査)

(1) 回収状況(表1-1-①)

3,910事業所のうち締め切り日までに1,187事業所(30.4%)が回収され、その後、葉書による督促を行い最終的に1,469事業所(回収率37.6%)から回収され、有効な調査票は1,467件(有効回答率37.5%)であった。回答者の87.3%が管理者であり、その他は管理者が依頼した職員であった(表1-1-①)。

(2) 事業所の属性(表1-1-①)

1,467事業所の事業主体は営利法人37.0%、社会福祉法人28.7%、医療法人16.6%、NPO法人5.5%、その他11.1%であった。

1ユニット(9名以下)37.2%、2ユニット(10~18名)59.1%、3ユニット(19~27名)3.3%であった(表1-1-①)。

(3) 入居者の属性 (表 1-1-①～②)

1,467 事業所の入居者の平均要介護度 2.8 (SD0.5、最小 0.72、最大 4.39)、また、事業所の合計入所者 21,337 名のうち要介護 1; 17.6%、要介護 2; 24.8%、要介護 3; 26.4%、要介護 4; 16.5%、要介護 5; 11.4%であり、要介護 4～5 の者 3 割近くを占めていた (表 1-1-①)。同様に認知症日常生活自立度は自立; 0.7%、I; 2.7%、II a; 9.2%、II b; 19.1%、III a; 27.7%、III b; 12.4%、IV; 13.8%、M; 3.0%であり、入居者が比較的重度の III a 以上が 6 割以上の事業者は 48.7%であった (表 1-1-②)。

(4) 職員、栄養士(管理栄養士を含む)について (表 1-1-②～③)

1 ユニット当たりの職員数については、常勤職員数平均 5.6 名 (SD1.8)、非常勤職員数 3.5 名 (SD2.8)、ボランティア 0.2 名 (SD0.8) であり、専門配置職は介護福祉士 4.0 (SD1.9)、看護師・准看護師 0.5 (SD0.7) であった (表 1-1-②、表 1-1-③)。一方、栄養士 (管理栄養士を含む) は 0.1 (SD0.3) に過ぎなかった (表 1-1-③)。また、同一市町村の同一法人内に栄養士 (管理栄養士を含む) が勤務する施設がある事業所は 43.2%であり、その勤務施設種は特養 47.9%、老健 25.2%、病院・診療所 22.6%であった (表 1-1-③)。

(5) 入居者の栄養・食事について (表 1-1-③～④)

入居者の体重を記録 (最近 1 か月で 1 回以上) している事業所は 96.8%、食事摂取量 (毎食、何割摂取したか) を記録している事業所は 96.3%で殆どの事業所で実施されていた (表 1-1-③)。献立 (食事の 8 割以上) を作成している事業所は 54.7%。その献立づくりの担当職種は介護職員 76.4%、栄養士(管理栄養士を含む)は 13.8%、調理師 7.5%であった。入居者ごとの栄養状態を考慮した量 (エネルギー) の食事の提供(毎日)は 71.2%の事業所で実施されていた (表 1-1-③)。入居者の食事の調理への一部参加 72.7%、ほぼ全員が参加 2.7%、食料品の買い物への参加(1 人以上かつ 1 回以上)51.8%であった (表 1-1-④)。

(6) 食事の個別対応をしている入居者数等 (表 1-1-④)

入居者の食事の個別対応として食形態の調整 (ミキサー・とろみづけを毎食分調整が 1 人以上) をしている事業所は 83.4%と多く、その人数は 1～2 名; 42.2%、3～5 名; 40.5%、6 名以上 15.8%以上であり、平均人数 3.5 名、1 ユニット当たり 2.1 名であった (表 1-1-④)。栄養素の調整 (タンパク質、炭水化物、脂質、塩分のいずれか) を制限している入居者(毎食分 1 人以上)がいる事業所は 38.6%であった (表 1-1-④)。

食事介助が必要な入居者(一人以上)がいる事業所は 86.4%、食事介助の仕方がわからず不安に思った事例のあった事業所は 20.1%であった (表 1-1-④)。

(7) 栄養・食事の問題 (咀嚼・嚥下も含む) に関する相談 (表 1-1-④)

事業所以外の専門職に相談した事業所は 74.3%に及んだ。相談した職種は医師 44.2%、

看護師（准看護師を含む）36.9%、栄養士(管理栄養士を含む)28.4%、歯科医師 21.7%、歯科衛生師 13.8%であった（表 1-1-④）。

（8）入居者の食事提供・栄養管理に関する不安(複数回答)（表 1-1-⑤）

入居者の食事提供・栄養管理に関する不安は、誤嚥・窒息 58.3%、食欲不振 49.9%、食事時の傾眠、失認、偏食などの行動心理症状 41.4%、食事形態の調整 40.9%、肥満 33.9%、糖尿病や腎臓病の食事療法 27.0%、やせ 22.8%、特になし 9.5%であった（表 1-1-⑤）。

（9）事業主体別の特性（表 1-2-①～④）

事業主体別にみると、2 ユニット以上の事業所が営利法人では 69.2%と最も高く、医療法人 61.3%、社会福祉法人 57.0%、NPO 法人 43.2%であった（表 1-2-①）。平均要介護度区分 3 以上の割合は社会福祉法人 29.3%に対して NPO 法人 48.8%、営利法人 40.6%と重度な入居者の割合が多い（表 1-2-①）。

同一法人内の常勤栄養士勤務施設は、社会福祉法人 79.1%、医療法人 73.2%に対して営利法人 16.0%、NPO 法人 9.1%にすぎない（表 1-2-①）。社会福祉法人では主に特養、医療法人では病院・診療所及び老健に勤務していた（表 1-2-①）。また、栄養・食事の問題を相談する職種として栄養士（管理栄養士）を挙げた事業所は、社会福祉法人では 57.1%と全職種で最も多く、医療法人 49.5%であるのに対し、営利法人 24.2%、NPO 法人 28.8%と少ない割合であった（表 1-2-③）。

入居者の食事提供・栄養管理に関する不安(複数回答)は、事業主体別に相違はあまりみられないが、食事時の傾眠、失認、偏食などの行動心理症状の回答割合が NPO 法人では 29.6%と他の事業主体が 4 割を超えているのに対して少なかった（表 1-2-④）。

2. 二次調査 A：認知症 GH スタッフにおける入居者の栄養・食事に関する意識調査（資料 2-1 二次スタッフ調査）

（1）回収状況（表 2-A-1-①）

協力同意の得られた 688 事業所のうち締め切り日までに 237 事業所（34.4%）が回収（うち 26 事業所が辞退し有効数 211 事業所）され、その後、葉書による督促を行い最終的に 261 事業所（回収率 37.9%）から回収され、有効なスタッフ調査票は 1,247 名であった（表 2-A-1-①）。

（2）記入者の属性（表 2-A-1-①）

回答するスタッフが所属する事業主体は営利法人 35.4%、社会福祉法人 30.5%、医療法人 15.5%、NPO 法人 7.5%であり、そのうち同一法人内に栄養士(管理栄養士を含む)有は 40.6%であった（表 2-A-1-①）。回答者の 92.9%が介護職(介護福祉士・ヘルパーなど)、女性 81.6%、40 歳代 24.0%、50 歳代 24.0%、30 歳代 18.6%、60-64 歳 13.6%、20 歳代 11.6%、

65-74 歳 7.6%、75 歳以上 0.4%であった（表 2-A-1-①）。

**(3) この 1 ヶ月間に、入所者の食事の準備や食事提供で困ったこと、不安に思ったこと
(表 2-A-1-②)**

噛めない、飲み込めない入居者への食事対応 35.8%、入居者との調理が困難 30.8%、栄養が足りているか分からない 29.4%、献立のバリエーションが少ない 28.1%、献立に入居者の意見を取り入れるのが困難 26.5%、自身の調理技術の不足 25.6%、食中毒予防などの衛生管理 22.5%、入居者との買い物が困難 15.4%、食事療法が必要な疾患(糖尿病や腎臓病など)への対応 14.8%などであった（表 2-A-1-②）。

**(4) この 1 ヶ月間に入居者の栄養や食べることの問題(咀嚼・嚥下を含む)で困ったこと
(表 2-A-1-②)**

困ったことが 1 つ以上あったものは 1,103 名 (88.5%) であった。その内容は、嚥下機能の低下(むせ・誤嚥など) 47.3%、食事時の傾眠 32.6%、便秘 31.0%、口腔機能の低下 27.9%、食欲不振 24.2%、体重増加 22.9%、体重減少 17.8%、食事の失認 16.3%、傾食 13.2%、脱水 11.4%、下痢 10.4%であった。一方、肥満、拒食、食事療法が必要な疾患(糖尿病や腎臓病など)、看取り期の栄養管理、やせ、過食などは 10%未満であった（表 2-A-1-②）。

(5) (4) の困ったことに対して対応 (表 2-A-1-③)

(4) で困ったことがあった 1,103 名の相談先は、ホームのスタッフへ相談 78.7%と多く、それ以外は担当医への相談 26.5%、ケアマネージャーへの相談 23.4%であり、法人内の栄養士・管理栄養士に相談した 8.8%、法人外の栄養士・管理栄養士に相談した 1.0%、合わせて 9.8%にすぎなかった。誰にも相談しなかったは 4.5%であり、これらの者は独学で対応したり、誰に相談したらよいかわからなかったと回答した（表 2-A-1-③）。

(6) もし栄養士や管理栄養士がいたら相談したか? (表 2-A-1-③)

(5)において法人内、法人外の栄養士・管理栄養士に相談しなかった 990 名のうち 75.6%が、もし栄養士や管理栄養士がいたら相談したと回答した（表 2-A-1-③）。

(7) 事業主体別の特性 (表 2-A-2-①～④)

同一法人内に栄養士がいると回答したスタッフは、社会福祉法人 81.8%、医療法人 71.3%であり（表 2-A-2-①）、法人内の栄養士・管理栄養士に困ったことを相談したという回答は、社会福祉法人 13.6%、医療法人 14.7%であった（表 2-A-2-④）。一方、営利法人や NPO 法人では同一法人内に栄養士がいると回答したスタッフは夫々 12.0%、5.3%であり（表 2-A-2-①）、法人内の栄養士・管理栄養士に困ったことを相談したという回答はいずれも 4.8%であった（表 2-A-2-④）。

この 1 ヶ月間に、入所者への食事の準備や食事提供で困ったこと、不安に思ったこととして、社会福祉法人では入居者との調理が困難、栄養が足りているか分からないが多く、医療法人、営利法人、NPO 法人では噛めない、飲み込めない入居者への食事の対応が最も多かった（表 2-A-2-②）。入所者の栄養や食べることの問題（咀嚼・嚥下も含む）で困ったことはいずれの事業主体でも嚥下機能の低下（むせ・誤嚥など）が最も多かった（表 2-A-2-③）。

3. 二次調査 B：認知症 GH 入居者の栄養、食事の実態調査（個別調査）

（1）回収状況・栄養士とのかかわり（表 2-B-1, 2-B-2, 2-B-3-①）

最終的に 257 事業所（一次調査において体重を記録していると回答し、二次調査に協力すると回答した 664 事業所の 38.7%）から調査票が回収され（表 2-B-1）、さらにそのうち 256 事業所から個別調査票 3,534 名分（上記協力施設の入居定員の約 39.2%）が回収された（表 2-B-3-①）。

回答事業所の事業主体別内訳は、営利法人 37.0%、社会福祉法人 30.0%、医療法人 16.7%、NPO 法人 8.2%であった（表 2-B-1）。

257 事業所のうち、過去 6 か月間に栄養士（管理栄養士含む）とのかかわりがあったと回答した事業所は 39.3%、その所属は同一法人の他施設 59.4%、事業所 13.9%、別法人の他施設 5.0%であった（表 2-B-1）。栄養士が関わった内容は、食事の献立作成 66.3%、入居者の栄養・食事問題の把握 46.5%、食事の衛生管理 36.6%、調理・買い物の助言・指導 33.7%、えんげ調整食（ミキサー食やペースト食）についての助言・指導 32.7%、栄養・食事計画の作成 25.7%であった（表 2-B-1）。

事業主体別では、栄養士とのかかわりがあったと回答した事業所は社会福祉法人と医療法人で 5 割以上に対して、営利法人と NPO 法人では 3 割未満であった（表 2-B-2）。

（2）個別調査：基本属性（表 2-B-3-①～②, 2-B-4）

個別調査で回収された 3,534 名について、女性 81.5%、平均年齢 86.5(標準偏差 6.9)歳、85-94 歳が 54.5%、要介護 3 以上 55.1%、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa 以上 57.9%であった（表 2-B-3-①～②, 2-B-4）。

（3）BMI（表 2-B-3-②, 2-B-4）

平均 BMI は 21.1(標準偏差 3.6) kg/m²、介護保険施設の栄養スクリーニングにおいて低栄養状態の中高リスクの基準となる BMI 18.5 kg/m²未満の者（以下、低 BMI 者）の割合は 19.6%、20 kg/m²未満では 31.9%であった（表 2-B-3-②）。ただし、欠損も 19.8%あり、欠損を除いた場合は低 BMI 者の割合は 24.4%、20 kg/m²未満は 39.8%となった（表 2-B-3-②）。一方、BMI 25kg/m²以上の者の割合は 10.7%（欠損除くと 13.3%）、30 kg/m²以上は 1.1%（欠損除くと 1.3%）と過体重・肥満の者も一定数いた（表 2-B-3-②）。食事形態は普

通食 66.1%、きざみ食または嚥下調整食の者が 30.0%であり、お茶や汁物にとろみ剤を使用している者は 15.8%であった（表 2-B-3-②）。

（４）入居者の食事の準備、買い物への参加、主な食事の場所、食事介助（表 2-B-3-③）

食事の準備に参加する(1 か月に 1 回以上)者は 32.5%、買い物(食料品)に参加する(1 か月間に 1 回以上)者は 18.3%であった。主な食事の場所は「居間および食堂」が 98.0%と大半であった。食事介助が全面的に必要な者が 11.2%、一部必要な者が 23.3%であった（表 2-B-3-③）。

（５）認知症高齢者の食事の徴候・症状（表 2-B-3-③）

認知症高齢者の食事の徴候・症状は、「食事の失認・傾眠」19.8%、「拒食・偏食」16.9%、「食事の徘徊・多動」5.1%であった（表 2-B-3-③）。

（６）基準日から 6 か月前の状況、6 か月間の体重変化、入院（表 2-B-3-④）

基準日より 6 か月前（2017 年 2 月 1 日時点）に入居していた者は 2,993 名（84.7%）であった（表 2-B-3-④）。そのうち、6 か月前時点の低 BMI 者の割合は 17.9%、20 kg/m²未満では 30.8%であり、6 か月間で微増する傾向があった（表 2-B-3-④）。一方、6 か月前の BMI 25kg/m²以上の者の割合は 11.8%、30 kg/m²以上では 1.1%と過体重・肥満の者の割合は微減した（表 2-B-3-④）。6 か月間で 2kg 以上の体重減少があった者は 18.1%、3%以上の体重減少があった者は 22.8%であった。また、6 か月間で入院した者 7.9%であった（表 2-B-3-④）。

（７）事業主体別（表 2-B-5-①～③）

事業主体別の集計では、男性の割合が NPO 法人 21.1%と最も高く、医療法人 14.8%と最も低かった（表 2-B-5-①）。85 歳以上の割合は医療法人 69.9%と最も高く、NPO 法人 61.3%と最も低かった（表 2-B-5-①）。要介護 3 以上の割合は NPO 法人で 61.9%と最も高く、医療法人の 50.8%が最も低かった（表 2-B-5-①）。認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa 以上の割合は社会福祉法人で 65.7%と最も高く、医療法人 59.3%と最も低かった（表 2-B-5-①）。欠損を除いた低 BMI 者の割合は、NPO 法人で 28.0%と最も高く、社会福祉法人の 22.3%が最も低かった（表 2-B-5-②）。

認知症高齢者の食事の徴候・症状では、失認・傾眠が社会福祉法人で 21.5%と最も高く、NPO 法人で 15.9%と最も低かった（表 2-B-5-②）。拒食・偏食は医療法人で 19.4%と最も高く、NPO 法人で 11.7%と最も低かった（表 2-B-5-②）。

（８）低 BMI 者の特性（表 2-B-6-①～②、2-B-7-①～②）

基準日時点の低栄養者（BMI 18.5kg/m²未満）とそれ以外でクロス集計を行った。低 BMI

者のうち、2017年2月(6か月前)時点で低BMIだったものの割合は79.5%であり、約2割は半年の間に新たに低BMIとなっていた(表2-B-6-①)。

低BMI者の特性として、年齢階級が高い(85-94歳: 55.8% vs 54.7%, 95歳以上: 11.5% vs 9.3%)、要介護度が重度(要介護4: 19.2% vs 16.1%, 要介護5: 19.3% vs 7.8%)、認知症高齢者の日常生活自立度が重度(IV: 18.8% vs 11.8%, M: 4.0% vs 2.0%)、えんげ調整食の割合が高い(17.0% vs 6.2%)、お茶や汁物にとろみ剤を使用している者の割合が高い(22.3% vs 12.2%)、食事の準備に参加している者の割合が低い(27.3% vs 36.7%)、買い物に参加している者の割合が低い(16.3% vs 20.4%)、食事の全面介助(18.8% vs 7.6%)、一部介助(26.4% vs 23.1%)の割合が高い、食事中の失認・傾眠がみられるもの(27.1% vs 17.2%)、拒食・偏食がみられるもの(22.2% vs 15.3%)の割合が高い、過去6か月間(2017年2~7月)に3%以上の体重減少があったものの割合が高い(41.5% vs 19.9%)、過去6か月間(2017年2~7月)に入院した者の割合が高い(10.9% vs 7.0%)であった(表2-B-6-①~②)。

なお、過去6か月間(2017年2~7月)に入院した者を除いて同様の解析を行った場合(表2-B-7-①~②)もほぼ同様の結果であった。

(9) 過去6か月間(2017年2~7月)に入院した者の特性(表2-B-8-①~②)

6か月前(2017年2月)時点で入居していたもので、2017年2~7月の間に入院したものの特性として、要介護度が重度(要介護4: 25.3% vs 17.6%, 要介護5: 16.3% vs 13.1%)、低BMI(32.1% vs 22.5%)、えんげ調整食の割合が高い(22.7% vs 10.1%)、お茶や汁物にとろみ剤を使用している者の割合が高い(31.8% vs 16.6%)、食事の準備に参加している者の割合が低い(23.7% vs 32.7%)、買い物に参加している者の割合が低い(11.9% vs 17.7%)、食事の全面介助(15.8% vs 12.5%)、一部介助の割合が高い(35.5% vs 24.7%)、過去6か月間(2017年2~7月)に3%以上の体重減少があったものの割合が高い(37.6% vs 24.3%)であった(表2-B-8-①~②)。

考 察

1. 一次調査：事業所実態調査

(1) 回収状況

有効回答数は1,467件、有効回答率37.5%であり、これは全国13,028事業所の11.2%に相当する。有効回収率は過去に研究代表者らが実施してきた厚生労働省老人保健事業による介護保険施設を対象とした栄養ケア・マネジメントの全国調査の回収率と同水準であり、これまで明らかとなっていなかった認知症GHにおける栄養・食事全国的な実態を把握するうえで妥当なデータが収集できたと考えられる。

(2) 事業所の属性

回答事業所の事業主体は営利法人 37.0%、社会福祉法人 28.7%、医療法人 16.6%、

NPO5.5%、その他 11.1%であった。

「平成 28 年介護サービス施設・事業所調査の概況」

(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service16/index.html>) によると、平成 28 年 10 月 1 日現在登録されている認知症対応型共同生活介護事業所 13,069 の法人内訳は、営利法人 53.2%、社会福祉法人 24.4%、医療法人 16.8%、NPO 法人 4.4%とされ、本調査の構成比をみると営利法人の割合が実際よりも低く、社会福祉法人が実際よりも高い割合であった。本調査の内容が栄養、食事に関するものであることから、法人内に栄養士が勤務する事業所の割合が比較的高い社会福祉法人からやや多く回答されたと考えられる。

ユニット数は 2 ユニット以上の事業所が全体でも 6 割以上(最大 7 ユニット)と多いが、中でも営利法人では 69.2%と最大であり、NPO 法人や社会福祉法人と比べて採算性をより重視していると考えられた。

(3) 入居者の属性

入居者の平均要介護度区分は 2 以上 3 未満が約半数、3 以上も 34.4%、認知症高齢者の日常生活自立度もⅢa 以上の重度者が高い割合で入居しており、介護保険施設並みの介護ニーズがある事業所も少なくないと考えられた。事業主体別では平均要介護度区分 3 以上の事業所の割合は NPO 法人が 48.8%と最も高く、次いで営利法人 40.6%、医療法人 39.6%、社会福祉法人は 29.3%と最も低いことから、社会福祉法人では同一法人の特養が重度化した入居者の受け入れ先となっている一方で NPO 法人では認知症 GH がそのまま重度化した入居者の受け皿となっていることが推察された。

(4) 職員、栄養士(管理栄養士を含む)配置

常勤職員は 1 ユニット当たり平均 5.6 名、非常勤職員は 3.5 名と、平均して入居者 1 名あたり職員 1 名の体制と考えられる。専門職では社会福祉士が平均 4.0 名と複数配置されているが、看護師(准看護師含む)が 1 名以上配置されている事業所は半数に満たず、栄養士(管理栄養士含む)については 1 割にも満たなかった。

同一市町村の同一法人内に栄養士や管理栄養士が勤務する事業所は 4 割程度であるが、事業主体別では社会福祉法人と医療法人で 7 割以上、営利法人と NPO 法人では 2 割以下と大きな差が見られた。社会福祉法人と医療法人はそれぞれ特養、老健、病院・診療所が同一法人内にある場合、それらに勤務する栄養士が何らかの形で関わることができると考えられる。

(5) 入居者の栄養・食事管理状況

体重を最近 1 か月で 1 回以上記録していた事業所は 96.8%と大半であり、事業主体別でも全法人種で 9 割以上が体重の記録を行っていた。また、食事摂取量を記録している事業所は 96.3%であり、全法人種で 9 割以上の高い割合であった。一方、入居者ごとに栄養状

態を考慮した食事の提供を提供している事業所は 71.2%、事業主体別では社会福祉法人、医療法人、営利法人で 7 割強、NPO 法人では 6 割程度であり、把握された体重、食事摂取量を食事の提供につなげるマネジメントは必ずしも十分機能しているとはいえない。社会福祉法人、医療法人では介護保険施設や医療機関における栄養ケア・マネジメントが全国的にも浸透しており、認知症 GH 等関連の事業所との情報連携や専門職のかかわりも広まっていると考えられる。一方単独型の事業所では外部の医療機関等の専門職との連携を推進することで、入居高齢者の体重や栄養状態を考慮した食事の提供が可能となると考えられた。

献立を事業所内で作成しているのは 54.7%、事業主体別では NPO 法人が 73.4%と高かった。入居者が食事の調理や買い物に参加する事業所も半数以上であり、単に決められた食事を一方的に提供するのではなく、入居者ができるだけ自立した生活を営めるよう食生活の面から支援されていた。

一方、個別対応で食形態の調整（ミキサー、とろみづけ）を行った入居者がいる事業所は 83.4%、全法人種で 8 割強、1 ユニット当たり平均 2.1 名であり、多くの事業所で嚥下困難への対応が必要となっていた。また、4 割近くの事業所で栄養素の調整（タンパク質・炭水化物・脂質・塩分のいずれか制限）を行った入居者がいる、8 割以上の事業所で食事介助が必要な入居者がいるなど、専門的な栄養管理、食事提供体制も求められることが分かった。回答事業所における専門職の配置は前述の通り看護師が半数以下、栄養士は 1 割未満であり、栄養管理や嚥下困難への対応は外部の医師、看護師、栄養士、歯科医師などに相談されていた。

入居者の食事提供・栄養管理に関する不安としては誤嚥・窒息が最も多く、食欲不振、食事時の傾眠、失認、偏食などの行動心理症状、食形態の調整、肥満、糖尿病や腎臓病の食事療法、やせの順であった。

認知症に伴う行動心理症状（BPSD）は高齢者の安全な食事摂取を妨げ、誤嚥や窒息、低栄養と関連することが報告されており、介護保険施設では声かけや食事環境の整備、個別の食形態調整などによって対応されている（杉山、田中、高田ら 7-14）。また、摂食嚥下の問題を伴う場合は管理栄養士ら専門職グループによるミールラウンドとカンファレンスによる経口維持の体制がとられている。GH では家庭的な環境と地域住民との交流の下で、能力に応じ自立した日常生活が営まれており¹⁵⁾、介護保険施設のような栄養管理体制は馴染まないと考えられるが、一方で特養利用者と同等の要介護度が重度化した入居者も決して少なくないことから、同一法人施設や地域の管理栄養士への相談体制や情報連携、GH 職員への研修により係わる仕組みづくりが必要であると考えられた。

2. 二次調査 A：認知症 GH スタッフにおける入居者の栄養・食事に関する意識調査

(1) 回収状況

最終的に 261 事業所（回収率：二次調査発送事業所の 37.9%）から回収され、有効なス

スタッフ調査票は1,247名、1事業所当たり4.8名であり、多くの事業所で5名のスタッフから回答が得られた。協力事業所数は母集団13,028事業所の2.0%、一次調査含む対象3,910事業所の6.7%に相当し、本調査への関心の高く協力的な事業所から得られた回答であることを考慮する必要がある。なお、本調査は一次調査で全国的な実態を把握するとともに、二次調査によって特に栄養管理に意識的に取り組んでいる事業所の現状を分析し、GHにおける栄養管理のあり方について検討することを目的としており、本調査の結果は認知症GHの栄養管理施策に寄与するものと考えられる。

(2) 記入者の属性

回答者の所属事業主体は営利法人35.4%、社会福祉法人30.5%、医療法人15.5%であり、NPO法人7.5%であり、一次調査の回答事業主体と概ね近い割合であった。そのうち同一法人に栄養士がいるのは社会福祉法人、医療法人が大半であった。

記入者の職種は介護職（介護福祉士・ヘルパーなど）が9割以上、看護師、栄養士からの回答はわずかであり、主として介護福祉士をはじめとした介護スタッフにより運営されており、医療系の資格を有するスタッフは極めて少ないことがわかった。

(3) この1ヶ月間に、入所者の食事の準備や食事提供で困ったこと、不安に思ったこと

入所者の食事の準備や食事提供で困ったこと、不安に思ったこととして、「噛めない、飲み込めない入居者への食事の対応」、「栄養が足りているか分からない」といった栄養専門職による対応が求められるもの、ならびに「入居者との調理が困難」、「献立のバリエーションが少ない」、「献立に入居者の意見を取り入れるのが困難」、「自身の調理技術の不足」、「食中毒予防などの衛生管理」といった献立作成および調理に関するものが多く挙げられた。事業主体別では「噛めない、飲み込めない入居者への食事の対応」については営利法人、医療法人、NPO法人で最も高い割合で挙げられていたが、社会福祉法人では「入居者との調理が困難」が最も多かった。

このような困難や不安に対応できる専門職の相談体制整備や、献立、調理の技術研修、情報提供が有用であると考えられた。

(4) この1ヶ月間に、入所者の栄養や食べることの問題（咀嚼・嚥下も含む）で困ったこととその対応

入所者の栄養や食べることの問題（咀嚼・嚥下も含む）で困ったこととして、「嚥下機能の低下（むせ・誤嚥など）」が最も多く、「食事時の傾眠」、「便秘」、「口腔機能の低下（義歯・噛みあわせなど）」、「食欲不振」、「体重増加」、「体重減少」、「食事の失認」、「偏食」、「脱水」、「下痢」と続いた。総じて「食べることの困難」につながるものが多く挙げられていた。一方、「やせ」は3.6%と極めて低い割合であり、個別調査において低BMI（18.5kg/m²未満）の入居者が2割程度いるにもかかわらず問題として挙げているスタッフが少ないの

は、事業所スタッフの低栄養に対する認識が十分に浸透していないためと考えられた。

事業主体別では「嚥下機能の低下（むせ・誤嚥など）」、「口腔機能の低下（義歯・嚙みあわせなど）」については営利法人、医療法人、NPO 法人において社会福祉法人と比べて高い割合で挙げられていた。社会福祉法人と医療法人はいずれも同一法人内に栄養士がいる事業所が多いが、困ったことへの対応として法人内の栄養士・管理栄養士に相談したと挙げたのは1割強の事業所に過ぎなかった。

3. 二次調査 B：認知症 GH 入居者の栄養、食事の実態調査

①施設調査 B

(1) 回収状況

最終的に 257 事業所から回答が得られた。協力事業所数は母集団 13,028 事業所の 2.0%、一次調査含む対象 3,910 事業所の 6.6%に相当し、本調査への関心の高く協力的な事業所から得られた回答であることを考慮する必要がある。なお、本調査は一次調査で全国的な実態を把握するとともに、二次調査によって特に栄養管理に意識的に取り組んでいる事業所の現状を分析し、GH における栄養管理のあり方について検討することを目的としており、本調査の結果は認知症 GH の栄養管理施策に寄与するものと考えられる。

回答事業所の事業主体別内訳は、営利法人 37.0%、社会福祉法人 30.0%、医療法人 16.7%、NPO 法人 8.2%であり、一次調査の回答事業主体と概ね近い割合であった。記入者の 8 割は管理者であった。

(2) 過去 6 か月間の栄養士の関わり

過去 6 か月間に栄養士・管理栄養士とのかかわりがあったと回答した事業所は 39.3%であり、事業主体別では、栄養士とのかかわりがあったと回答した事業所は社会福祉法人と医療法人で 5 割以上に対して、営利法人と NPO 法人では 3 割未満であった。これまで述べてきた通り社会福祉法人と医療法人は介護保険施設や医療機関に管理栄養士が勤務している施設が多く、特に社会福祉法人は同一法人の他施設の栄養士がかかわったと回答した事業所が 8 割以上であった。また医療法人では介護老人保健施設と病院・診療所では地域において果たす機能に違いがあり、GH とのかかわり方も異なると考えられるが、詳細については本データから述べることはできない。一方、営利法人や NPO 法人では法人本部や地域の栄養士と連携をとる必要があり、栄養管理に対する意識が高いところとそうでないところで格差が大きいのではないかと推察される。

栄養士・管理栄養士がかかわった内容としては、献立作成や衛生管理、調理・買い物の助言など食事作りに関するものと、栄養・食事問題の把握、嚥下調整食の助言・指導、栄養・食事計画の作成といった栄養管理や嚥下困難への対応に関するものに大別されるが、栄養士が何にどの程度関わるのが妥当であるかはさらなる検討が必要である。少なくとも、低栄養や過栄養といった栄養問題、摂食・嚥下困難への対応など高い専門性が要求される業

務については栄養ケア・マネジメントを理解している管理栄養士が定期的にかかわることが重要であり、同時に、日常的に利用者とする GH スタッフへの助言や情報提供、研修、相談体制も地域で整備していく必要があると考えられる。

②個別調査

(1) 回収状況

最終的に 256 事業所（一次調査において体重を記録していると回答し、二次調査に協力すると回答した 664 事業所の 38.6%）より入居者 3,534 名（一次調査協力事業所の入居定員約 9,000 名の 39.2%）の個別調査票が回収された。

調査を実施した平成 29 年 7 月時点の介護給付費等実態調査月報¹⁶⁾によると、認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）のサービス受給者数は 19.16 万人であり、回収された 3,534 人は約 1.8%に相当する。これまで述べてきた通り、本調査への関心の高く協力的な事業所から得られた回答であることを考慮する必要がある。なお、本調査は一次調査で全国的な実態を把握するとともに、二次調査によって特に栄養管理に意識的に取り組んでいる事業所の現状を分析し、GH における栄養管理のあり方について検討することを目的としており、本調査の結果は認知症 GH の栄養管理施策に寄与するものと考えられる。

(2) 基本属性・低栄養（BMI・体重減少）

平成 29 年 7 月時点の介護給付費等実態調査月報¹⁶⁾によると、要介護度区分別の利用者割合は要介護 3 以上が 56.3%と制度創設時に比べて重度化が進んでおり、ここ 5 年は横ばいとなっている。本調査においては要介護度 3 以上が 55.1%であり、要介護度区分別利用者割合は介護給付費等実態調査とほぼ一致しており、本調査の対象者は全国の母集団を代表するものであると考えられる。さらに認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa 以上 57.9%であり、日常生活においてかなりの介護を必要とする状態であることがわかる。このように介護保険施設入所者と同等の要介護状態にある高齢者もかなりの人数が入居しており、GH における栄養管理の重要性は高いと考えられる。

また、介護保険施設の栄養スクリーニングにおいて低栄養状態中リスクの基準となる BMI18.5 kg/m² 未満の者の割合は 19.6%、6 か月間に-3%以上の体重減少があるものは 22.8%であり、きざみまたは嚥下調整食の者が 30.0%、お茶や汁物にとろみ剤を使用している者は 15.8%であったことから、低栄養や摂食・嚥下困難への対応についても留意すべきである。

(3) 入居者の食事の準備、買い物への参加、主な食事の場所、食事介助

食事の準備に参加する(1 か月に 1 回以上)者は 32.5%、買い物(食料品)に参加する(1 か月間に 1 回以上)者は 18.3%であった。また、要介護者や食事介助が必要な人も含めてほとんどの入居者が「居間および食堂」で食事をしてきた。認知症 GH は家庭的な環境と地域住

民との交流の下、能力に応じ自立した日常生活を営むことを制度の基本的な考え方としており¹⁷⁾、要介護度が重度化したなかでも高齢者のできることを支援し、食べる楽しみの充実を目指していくことは重要である。

(4) 認知症高齢者の食事中の徴候・症状

認知症高齢者の食事中の徴候・症状は、「食事の失認・傾眠」19.8%、「拒食・偏食」16.9%、「食事中の徘徊・多動」5.1%であった。認知症に伴う行動心理症状（BPSD）は高齢者の安全な食事摂取を妨げ、誤嚥や窒息、低栄養と関連することが報告されており、介護保険施設では声かけや食事環境の整備、個別の食形態調整などによって対応されている^{7・14)}。BPSD に対して適切に対応し、安全かつ食べる楽しみの充実を目指した食事を提供するために、管理栄養士からの情報提供や困難事例の相談が行える体制づくりが必要であると考えられる。

(5) 入院

基準日より6か月前（2017年2月1日時点）に入居していた者は2,993名（84.7%）であり、6か月間で入院した者は236名（7.9%）であった。「平成27年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 認知症 GH を地域の認知症ケアの拠点として活用するための調査研究事業報告書」¹⁸⁾によると、過去2年間で一時的に入院した入居者は1ユニット当たり3.7人、1事業所当たり5.1人（平均入居者13.5人の37.8%）とされる。また、同報告書によると入院理由としては「呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等）」29.3%、「外傷（転倒・骨折等）」20.5%などが高い割合となっており、「BPSDの悪化」は4.4%であった。本調査では入院理由については問うていないが、ほぼ同様の傾向であると推察される。

認知症 GH の医療ニーズへの対応は平成30年度介護報酬改定においても論点となっており、従来の医療連携体制加算に加えて看護職員の常勤配置となり、喀痰の吸引または経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態の入居者がいる場合にはより高い点数上の評価となった。また、入退院支援の取り組みに対する評価や、口腔衛生管理体制加算、栄養スクリーニング加算、生活機能向上連携加算の新設により入居者の医療ニーズへの対応が重点化されている。

制度創設期に比べて重度化した要介護者も多く入居するようになっており、嚥下困難やADLの低下、BPSDへの対応など、入院の原因となる問題に対して多職種がかかわる体制作りが必要であると考えられる。

(6) 低栄養者の特性と入院との関連

BMI18.5 kg/m²未満（低BMI）の者のうち、2017年2月（6か月前）時点で低BMIだったものの割合は79.5%であり、約2割は半年の間に新たに低BMIとなっていた。低BMI者の41.5%は過去6か月間で3%以上の体重減少をきたしており、低栄養を早期に防ぐこと

が肝要である。

低 BMI の特性として、要介護度や認知症高齢者の日常生活自立度が重度であり、嚥下困難、ADL 低下、認知症の徴候・症状がみられるもの、過去 6 か月間に入院したものが挙げられた。これらは過去の老人保健事業で実施した介護保険施設入所高齢者においても同様の傾向がみられ、要介護状態の進んだ高齢者については低栄養に特に留意する必要があると考えられる。

また、過去 6 か月間に入院したものについては、要介護度が重度、低 BMI、嚥下困難、ADL 低下、3%以上の体重減少がみられるものが挙げられた。一方、6 か月前の時点での低 BMI とは関連がみられなかった。

これらをまとめると、入院は要介護度の重度化や嚥下困難、ADL 低下、認知症の徴候・症状の出現、体重減少と関連し、さらに低 BMI の原因となると考えられる。

先行研究においても、認知症と摂食・嚥下困難および低栄養は互いに関連し、予後を悪化させるエビデンスが示されている。Sanders C らは、アルツハイマー病患者の追跡調査において低栄養リスク (m-MNA) が高くなるほど認知機能を示す MMSE、認知症重症度を示す CDR-SB が悪化することを報告した¹⁹⁾。Hanson LC らは、進行性の認知症と咀嚼・嚥下の問題を有する高齢者の追跡研究において、体重を維持した群に比べて体重が減少した群では死亡率が優位に高くなったことを報告した²⁰⁾。

このように体重減少をきたす低栄養状態は認知症高齢者の予後を悪化させることから、摂食・嚥下困難への対応を含めて管理栄養士等の専門職によるケアにつなげることのできる体制を構築する必要があると考えられる。

結 論

認知症 GH 入居高齢者における低栄養は、BMI18.5 kg/m²未満の者、6 ヶ月間に 3%以上の体重減少のあった者がそれぞれ約 2 割みられ、その特性として、要介護度の重度化、形態調整食やとろみ剤の利用、食事中的「失認・傾眠」「拒食・偏食」「食事中的徘徊・多動」があり、入院との関連も見られた。一方、非低栄養者は、低栄養者に比べて食事準備や買い物に参加していた。

入居者の体重の記録（1 か月 1 回以上）、食事摂取量（毎食、何割摂取したか）の記録は 9 割以上の事業所で実施されており、職員による低栄養のスクリーニングは実施可能であると考えられる。また、個別のエネルギー量、食形態の調整に対する食事の個別対応の試みが 7 割以上の事業所において行われていた。しかし、認知症 GH の職員の 8 割以上が嚥下機能の低下（むせ・誤嚥など）、食事時の傾眠、便秘、口腔機能の低下、食欲不振、体重増加、体重減少などの食事対応に困っており、その相談先は事業所内スタッフ、それ以外は担当医、介護支援専門員となっていた。職員は栄養士・管理栄養士への相談を 7 割以上が望んでいるものの、相談できる栄養士・管理栄養士は身近に殆どいない現状にあった。

本調査事業の中間報告の結果に基づいて、平成 30 年 4 月の介護報酬改定により認知症 GH においては介護職等によって実施可能な栄養スクリーニングを行い、利用者の栄養状態に係わる情報を介護支援専門員に文書で共有した場合に栄養スクリーニング加算として評価されることになった。

しかし、認知症 GH 管理者及び職員における入居認知症高齢者の低栄養や栄養管理に関する重要性の認識や実施可能な課題把握やその解決能力は十分とは言えない。また、管理栄養士による栄養管理に関する介護報酬上の制度は管理栄養士による居宅療養管理指導のみであり、低栄養に対応するための認知症 GH 事業所や入居認知症高齢者の特性に対応した栄養管理体制が十分ではないと考えられる。

認知症 GH においては家庭的な環境と地域住民との交流の下、能力に応じ自立した日常生活を営むことを基本としながらも、体重減少をきたす低栄養状態は認知症高齢者の予後を悪化させることから、摂食・嚥下困難や BPSD への対応を含めて管理栄養士等の専門職によるケアにつなげることでできる体制を構築する必要があると考えられる。

参考文献

※記載 URL (文献番号 1,2,15,16,17,18) は平成 30 年 3 月 28 日時点のもの

1) 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～(概要). 厚生労働省.

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nop101.pdf>

2) 認知症施策推進 5 か年計画(オレンジプラン)(平成 25 年度から 29 年度までの計画). 厚生労働省

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf>

3) 平成 8,9,10 年度厚生省老人保健事業推進等補助金研究「高齢者の栄養管理サービス」に関する研究(主任研究者 松田昭、分担研究者 杉山みち子・小山秀夫)

4) 平成 26 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)地域在住高齢者における摂食嚥下・栄養障害に関する研究:特にそれが及ぼす在宅療養の非連続性と地域における介入・システム構築に向けて(研究代表者 葛谷雅文、分担研究者 榎裕美・杉山みち子)

5) 平成 26 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分)施設入所・退所者のための経口維持のための栄養管理体制の整備とあり方に関する研究報告書(日本健康・栄養システム学会 委員長 杉山みち子)学会ホームページ掲載.

6) 平成 28 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分)介護保険施設における重点的な栄養ケア・マネジメントのあり方に関する調査研究(作成中 日本健康・栄養システム学会 委員長 杉山みち子)学会ホームページ掲載予定

7) 平成 20 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金研究 施設及び居宅高齢者の認知症と栄養ケア・マネジメント,施設及び居宅高齢者の栄養・食事サービスのマネジメントに関する研究報告書(委員長 井形昭弘 分担研究者 田中和美、杉山みち子)

8) 平成 21 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金研究 施設及び居宅高齢者に対する栄養・食事サービスのマネジメントに関する研究ー施設及び居宅高齢者のための経口移行・経口維持、認知症の栄養ケア・マネジメント:認知症を有する高齢者の栄養ケア・マネジメント(食生活支援を含む)に関する研究(委員長 井形昭弘 分担研究者 田中和美、杉山みち子)

9) 高齢者の経口移行・経口維持、認知症、エンド・オブ・ライフの栄養ケア・マネジメント-「食べること」を支援するために-(初版) 共著 平成 21 年 8 月 一般社団法人 日本健康・栄養システム学会 認知症高齢者の栄養ケア・マネジメント P50-87

10) 田中和美, 高田健人, 東野定律, 杉山みち子. 共著 平成 23 年 12 月 介護保険施設認知症高齢者における食事時の徴候・症状と栄養ケアに関する研究. 日本健康・栄養システム学会誌. 2011: 11: 7-22.

11) 田中和美, 高田健人, 大矢未帆子, 杉山みち子, 川久保清. 共著 平成 24 年 12 月 介護保険施設における認知症高齢者の食事時の徴候・症状と栄養状態に関する研究. 日本健

康・栄養システム学会誌. 2012 :12(2):8-17.

12) 高田健人, 田中和美, 大矢未帆子, 杉山みち子, 吉池信男他. 共著 平成 24 年 12 月
認知症高齢者における「認知症高齢者の食事時の徴候・症状アセスメント票」の信頼性の評
価. 日本健康・栄養システム学会誌. 2012 : 12(2):28-35

13) 田中和美, 高田健人, 大矢未帆子, 杉山みち子, 川久保清. 共著 平成 25 年 7 月 介
護保険施設における認知症高齢者に対する栄養ケアの有効性. 日本健康・栄養システム学
会誌. 2013 :13(2):14-22

14) Takada K. Tanaka K. Sugiyama M et al. Grouped factors of the "The SSADE: Signs
and Symptoms Accompanying Dementia while eating" and nutritional status: an
analysis of older people receiving nutritional care in long-term care facilities in Japan.
International Journal of Older People Nursing, DOI:10.1111/opn.12149.2017.

15) 認知症対応型共同生活介護の概要. 厚生労働省

<http://gh-japan.net/pr/17/0730.pdf>

16) 介護給付費等実態調査月報 (平成 28 年 7 月審査分) . 厚生労働省

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2016/07.html>

17) 田中规倫 (厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室長) . 認知症対応型共同生活介護
のあり方や 今後に期待すること. (全国グループホーム団体連合会ホームページ)

<http://gh-japan.net/pr/17/0730.pdf>

18) 「平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 認知症 GH を地
域の認知症ケアの拠点として活用するための調査研究事業報告書」. 公益社団法人日本認知
症グループホーム協会. 平成 28 年 3 月

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000136625.pdf>

19) Sanders C, et al. Nutritional Status is Associated with Faster Cognitive Decline and
Worse Functional Impairment in the Progression of Dementia: The Cache County
Dementia Progression Study. J Alzheimers Dis. 2016 Feb 27;52(1):33-42.

20) Hanson LC, et al. Outcomes of Feeding Programs in Advanced Dementia in a
Nursing Home Population. J Am Geriatr Soc. 2013 Oct; 61(10): 1692–1697.

表1-1-① 一次調査 基本集計①

事業所数n=1467	n	(%)	
I. 概要			
記入者			
管理者	1280	(87.3)	
管理者以外の職員	179	(12.2)	
欠損	8	(0.5)	
事業主体			
営利法人	543	(37.0)	
社会福祉法人	421	(28.7)	
医療法人	243	(16.6)	
NPO法人	81	(5.5)	
その他	163	(11.1)	
欠損	16	(1.1)	
II. 貴グループホームの概要（記入日時点の状況）			
ユニット数（ユニット）			
1ユニット	546	(37.2)	
2ユニット	867	(59.1)	
3ユニット	49	(3.3)	
4ユニット	1	(0.1)	
5ユニット	1	(0.1)	
7ユニット	1	(0.1)	
欠損	2	(0.1)	
入居者数（人）			
9名以下	549	(37.4)	
10~18名	867	(59.1)	
19名以上	49	(3.3)	
欠損	2	(0.1)	
平均要介護度			
	平均	SD	
平均要介護度（n=1378）	2.8	(0.5)	
*最小値0.72、最大値4.39			
*要支援は0.375として計算			
平均要介護度区分			
2未満	94	(6.4)	
2以上3未満	780	(53.2)	
3以上	504	(34.4)	
欠損	89	(6.1)	
1467事業所の要介護度別全入居者合計			
要介護度			
要支援1	26	(0.1)	
要支援2	120	(0.6)	
要介護1	3,765	(17.6)	
要介護2	5,292	(24.8)	
要介護3	5,638	(26.4)	
要介護4	3,525	(16.5)	
要介護5	2,443	(11.4)	
欠損	528	(2.5)	
合計	21,337	(100.0)	
			合計-各要介護度の 人数合計 ※事業所の入所者 数×度数より算出

表1-1-② 一次調査 基本集計②

事業所数n=1467	n	(%)	
Ⅱ. 貴グループホームの概要 (記入日時点の状況)			
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa以上の割合			
6割未満	497	(33.9)	
6割以上	715	(48.7)	
欠損	255	(17.4)	
1467事業所の認知症高齢者日常生活自立度別全入居者合計			
認知症高齢者の日常生活自立度			
自立 (人)	151	(0.7)	
I (人)	585	(2.7)	
Ⅱa (人)	1,956	(9.2)	
Ⅱb (人)	4,078	(19.1)	
Ⅲa (人)	5,920	(27.7)	
Ⅲb (人)	2,655	(12.4)	
Ⅳ (人)	2,940	(13.8)	
M (人)	630	(3.0)	
不明 (人)	563	(2.6)	
欠損	1,859	(8.7)	合計-各自立度の人数合計 ※事業所の入所者数×度数より算出
合計	21,337	(100.0)	
1ユニット当たりの職員・専門職数 (人/ユニット)			
	平均	SD	
常勤職員(n=1454)	5.6	(1.8)	
非常勤職員(n=1356)	3.5	(2.8)	※人数が欠損の場合は集計から除外しているが、欠損を0で集計するとさらに少なくなる。
ボランティア(n=616)	0.2	(0.8)	
介護福祉士(n=1421)	4.0	(1.9)	
看護師・准看護師(n=1244)	0.5	(0.7)	
栄養士 (管理栄養士を含む) (n=1051)	0.1	(0.3)	
常勤職員 (人)			
5名以下	287	(19.6)	
6～10名	605	(41.2)	
11名以上	562	(38.3)	
欠損	13	(0.9)	
非常勤または兼任の職員 (人)			
3名以下	549	(37.4)	
4～8名	512	(34.9)	
9名以上	295	(20.1)	
欠損	111	(7.6)	※空白を欠損としたが、0名である可能性
ボランティア (人)			
0名	532	(36.3)	
1名以上	84	(5.7)	
欠損	851	(58.0)	※空白を欠損としたが、0名である可能性

表1-1-③ 一次調査 基本集計③

事業所数n=1467	n	(%)	
Ⅱ. 貴グループホームの概要（記入日時点の状況）			
介護福祉士（人）			
3名以下	272	(18.5)	
4～8名	786	(53.6)	
9名以上	363	(24.7)	
欠損値	46	(3.1)	※空白を欠損としたが、0名である可能性
看護師・准看護師（人）			
0名	547	(37.3)	
1名	494	(33.7)	
2名以上	203	(13.8)	
欠損	223	(15.2)	※空白を欠損としたが、0名である可能性
栄養士（管理栄養士を含む）（人）			
0名	927	(63.2)	
1名	112	(7.6)	
2名以上	12	(0.8)	
欠損	416	(28.4)	※空白を欠損としたが、0名である可能性
同一法人内の常勤栄養士勤務施設（GHと同一市町村）			
あり	634	(43.2)	↓
なし	707	(48.2)	
わからない	91	(6.2)	
欠損	35	(2.4)	
常勤栄養士勤務施設（複数回答）			
特養	304	(47.9)	分母n=634
老健	160	(25.2)	
病院・診療所	143	(22.6)	
その他	192	(30.3)	
Ⅲ. 入居者の食事・栄養について（記入日までの1か月間の状況）			
体重の記録			
記録していた（最近1か月で1回以上）	1420	(96.8)	
記録しなかった	40	(2.7)	
欠損	7	(0.5)	
献立をGHで作成			
はい（食事の8割以上は献立を作成）	802	(54.7)	↓
いいえ（8割未満）	637	(43.4)	
欠損	28	(1.9)	
献立づくりの主な担当職種			
介護職員（資格は問わない）	613	(76.4)	分母n=802
栄養士（管理栄養士を含む）	111	(13.8)	
調理師	60	(7.5)	
その他	54	(6.7)	
※複数回答（未修整）	36	(4.5)	
入居者ごとに栄養状態を考慮した量（エネルギー量）の食事の提供（毎食）			
提供していた	1044	(71.2)	
提供しなかった（提供量は個人ごとに設定していなかっ	408	(27.8)	
欠損	15	(1.0)	
食事摂取量（何割程度摂取したか）の記録（毎食分）			
記録していた	1412	(96.3)	
記録しなかった	48	(3.3)	
欠損	7	(0.5)	

表1-1-④ 一次調査 基本集計④

事業所数n=1467	n	(%)	
入居者の食事の調理への参加			
誰も1日も参加しなかった	357	(24.3)	
一部参加した	1067	(72.7)	
毎回ほぼ全員が参加した	40	(2.7)	
欠損	3	(0.2)	
入居者の食料品の買い物への参加			
誰も1日も参加しなかった	690	(47.0)	
参加した者がいた(1人以上かつ1回以上)	760	(51.8)	
欠損	17	(1.2)	
Ⅲ. 入居者の食事・栄養について(記入日までの1か月間の状況)			
食事の個別対応として、食形態の調整(ミキサー、とろみづけ)を行った入居者			
いた(毎食分調整が1人以上)	1224	(83.4)	↓
いなかった	238	(16.2)	
欠損	5	(0.3)	
食形態を毎食分調整していた人数			分母n=1224
1~2名	516	(42.2)	
3~5名	496	(40.5)	
6名以上	194	(15.8)	
欠損	18	(1.5)	
食形態を毎食分調整していた人数(1人以上いた事業所)	平均	SD	
実人数(n=1206)	3.5	(2.5)	
1ユニット当たりの人数(n=1206)	2.1	(1.4)	
食事の個別対応として、			
栄養素の調整(タンパク質・炭水化物・脂質・塩分のいずれか制限)を行った入居者			
いた(毎食分調整が1人以上)	566	(38.6)	
いなかった	880	(60.0)	
欠損	21	(1.4)	
栄養や食事の問題(咀嚼・嚥下も含む)に関して事業所外の専門職に相談			
相談した	1090	(74.3)	↓
相談しなかった	370	(25.2)	
欠損	7	(0.5)	
相談した職種(複数回答)			分母n=1090
医師	649	(44.2)	
看護師(准看護師を含む)	542	(36.9)	
栄養士(管理栄養士を含む)	417	(28.4)	
歯科医師	318	(21.7)	
歯科衛生士	203	(13.8)	
言語聴覚士	91	(6.2)	
介護福祉士(ホームヘルパーは含まない)	59	(4.0)	
調理師	39	(2.7)	
理学療法士	29	(2.0)	
作業療法士	12	(0.8)	
その他	19	(1.3)	
食事介助が毎食必要な入居者			
いた(一人以上)	1268	(86.4)	
いなかった	195	(13.3)	
欠損	4	(0.3)	
食事介助の仕方がわからず不安に思った事例			
あった	295	(20.1)	
なかった	968	(66.0)	
欠損	204	(13.9)	

表1-1-⑤ 一次調査 基本集計⑤

事業所数n=1467	n	(%)
入居者の食事提供・栄養管理に関する不安（複数回答）		
誤嚥・窒息	855	(58.3)
食欲不振	732	(49.9)
食事時の傾眠、失認、偏食などの行動心理症状	608	(41.4)
食事形態の調整	600	(40.9)
肥満	497	(33.9)
糖尿病や腎臓病の食事療法	396	(27.0)
やせ	335	(22.8)
特になし	140	(9.5)
その他	31	(2.1)
2次調査		
協力しない	733	(50.0)

表1-2-① 一次調査 基本集計 (事業主体別集計) ①
(欠損は項目ごとに除外)

	社会福祉法人		医療法人		営利法人		NPO法人		その他		合計		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
I. 概要													
ユニット数	240	(57.0)	149	(61.3)	376	(69.2)	35	(43.2)	109	(66.9)	909	(62.6)	
平均要介護度区分	2ユニット以上 (最大7ユニット)												
	2未満	40	(10.0)	15	(6.5)	30	(5.9)	4	(5.0)	4	(2.7)	93	(6.8)
	2以上3未満	242	(60.7)	124	(53.9)	272	(53.5)	37	(46.3)	97	(65.5)	772	(56.6)
	3以上	117	(29.3)	91	(39.6)	206	(40.6)	39	(48.8)	47	(31.8)	500	(36.6)
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa以上の割合	6割以上	226	(62.1)	123	(59.7)	249	(56.5)	39	(54.2)	75	(61.5)	712	(59.1)
栄養士 (管理栄養士含む)	1名	37	(12.5)	14	(8.5)	42	(10.3)	7	(12.5)	11	(9.2)	111	(10.6)
	2名以上	3	(1.0)	1	(0.6)	4	(1.0)	2	(3.6)	2	(1.7)	12	(1.1)
1ユニット当たりの職員・専門職配置	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	
常勤職員 (人/ユニット)	5.9	(1.6)	6.1	(1.6)	5.4	(1.9)	5.4	(2.0)	5.4	(1.8)	5.6	(1.8)	
非常勤職員 (人/ユニット)	3.0	(2.5)	2.8	(2.3)	3.9	(2.9)	4.7	(3.7)	3.9	(2.8)	3.5	(2.8)	
ボランティア (人/ユニット)	0.2	(0.9)	0.2	(0.4)	0.2	(0.8)	0.4	(1.0)	0.2	(0.8)	0.2	(0.8)	
介護福祉士 (人/ユニット)	4.5	(1.8)	4.6	(1.9)	3.5	(1.7)	3.9	(2.0)	3.9	(1.8)	4.1	(1.9)	
看護師・准看護師 (人/ユニット)	0.4	(0.6)	0.5	(0.5)	0.6	(0.6)	0.9	(1.1)	0.6	(0.7)	0.5	(0.7)	
栄養士 (管理栄養士含む) (人/ユニット)	0.1	(0.3)	0.1	(0.2)	0.1	(0.2)	0.1	(0.3)	0.1	(0.2)	0.1	(0.3)	
同一法人内の常勤栄養士勤務施設	329	(79.1)	175	(73.2)	85	(16.0)	7	(9.1)	34	(22.2)	630	(44.5)	
あり	75	(18.0)	57	(23.8)	398	(74.8)	69	(89.6)	101	(66.0)	700	(49.4)	
なし	12	(2.9)	7	(2.9)	49	(9.2)	1	(1.3)	18	(11.8)	87	(6.1)	
わからない	(複数回答)												
同一法人内の常勤栄養士勤務施設 (GHと同一市町村)	275	(83.6)	14	(8.0)	7	(8.2)	2	(28.6)	5	(14.7)	303	(48.1)	
特養	52	(15.8)	98	(56.0)	3	(3.5)	2	(28.6)	4	(11.8)	159	(25.2)	
老健	14	(4.3)	115	(65.7)	6	(7.1)	1	(14.3)	7	(20.6)	143	(22.7)	
病院・診療所	70	(21.3)	18	(10.3)	77	(90.6)	4	(57.1)	21	(61.8)	190	(30.2)	
その他													

表1-2-② 一次調査 基本集計 (事業主体別集計) ②
(次損は項目ごとに除外)

	社会福祉法人		医療法人		営利法人		NPO法人		その他		合計	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
II. 貴グループホームの概要 (記入日時点の状況)												
体重の記録 (最近1か月で1回以上)	416	(99.0)	231	(95.9)	523	(96.9)	76	(93.8)	160	(98.8)	1406	(97.4)
記録していた												
献立をGHで作成 (8割以上)	211	(51.3)	122	(51.0)	319	(59.8)	58	(73.4)	81	(50.3)	791	(55.6)
はい												
献立づくりの主な担当職種												
介護職員	160	(75.8)	98	(80.3)	244	(76.5)	43	(74.1)	59	(72.8)	604	(76.4)
栄養士	39	(18.5)	14	(11.5)	34	(10.7)	8	(13.8)	14	(17.3)	109	(13.8)
調理師	8	(3.8)	10	(8.2)	29	(9.1)	7	(12.1)	6	(7.4)	60	(7.6)
その他	11	(5.2)	5	(4.1)	24	(7.5)	4	(6.9)	10	(12.3)	54	(6.8)
複数回答 (未修整)	7	(3.3)	5	(4.1)	12	(3.8)	4	(6.9)	8	(9.9)	36	(4.6)
入居者ごとに栄養状態を考慮した量 (エネルギー量) の食事の提供 (毎食)												
提供していた	306	(73.4)	181	(74.5)	382	(71.3)	51	(63.0)	114	(70.8)	1034	(71.9)
食事摂取量 (何割程度摂取したか) の記録 (毎食分)												
記録していた	394	(94.0)	234	(96.7)	530	(97.8)	80	(98.8)	158	(98.8)	1396	(96.7)
入居者の食事の調理への参加												
誰も1日も参加しなかった	87	(20.7)	67	(27.7)	138	(25.4)	22	(27.2)	38	(23.5)	352	(24.3)
一部参加した	325	(77.4)	166	(68.6)	395	(72.7)	56	(69.1)	114	(70.4)	1056	(72.9)
毎回ほぼ全員が参加した	8	(1.9)	9	(3.7)	10	(1.8)	3	(3.7)	10	(6.2)	40	(2.8)
入居者の食料品の買い物への参加												
誰も1日も参加しなかった	194	(47.1)	127	(52.5)	255	(47.2)	39	(48.8)	66	(41.0)	681	(47.5)
参加した者がいた	218	(52.9)	115	(47.5)	285	(52.8)	41	(51.3)	95	(59.0)	754	(52.5)

表1-2-③ 一次調査 基本集計 (事業主体別集計) ③
(欠損は項目ごと除外)

	社会福祉法人		医療法人		営利法人		NPO法人		その他		合計	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Ⅲ. 入居者の食事・栄養について (記入日までの1か月間の状況)												
食形態の調整												
いた												
食形態を毎食分調整していた人数区分												
1～2名	172	(51.8)	78	(39.6)	181	(39.3)	25	(37.9)	56	(40.9)	512	(43.0)
3～5名	126	(38.0)	78	(39.6)	184	(40.0)	35	(53.0)	66	(48.2)	489	(41.0)
6名以上	34	(10.2)	41	(20.8)	95	(20.7)	6	(9.1)	15	(10.9)	191	(16.0)
食形態を毎食分調整していた人数 (1人以上いた事業所)	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
実人数	3.0	(2.1)	4.0	(3.0)	3.7	(2.7)	3.2	(1.7)	3.3	(2.0)	3.5	(2.5)
1ユニット当たりの人数	1.9	(1.2)	2.4	(1.6)	2.2	(1.4)	2.3	(1.2)	1.9	(1.0)	2.1	(1.4)
食事の個別対応として、												
栄養素の調整 (タンパク質・炭水化物・脂質・塩分のいずれか制限) を行った入居者	168	(40.5)	98	(41.2)	203	(37.9)	28	(35.0)	63	(38.9)	560	(39.2)
いた												
栄養や食事の問題 (咀嚼・嚥下も含む) に関して事業所外の専門職に相談	322	(77.0)	182	(75.2)	396	(72.9)	59	(73.8)	116	(72.0)	1075	(74.4)
相談した												
相談した職種 (複数回答)												
栄養士 (管理栄養士含む)	184	(57.1)	90	(49.5)	96	(24.2)	17	(28.8)	29	(25.0)	416	(38.7)
医師	163	(50.6)	106	(58.2)	255	(64.4)	41	(69.5)	74	(63.8)	639	(59.4)
看護師 (准看護師含む)	149	(46.3)	83	(45.6)	220	(55.6)	25	(42.4)	60	(51.7)	537	(50.0)
歯科医師	75	(23.3)	54	(29.7)	140	(35.4)	12	(20.3)	30	(25.9)	311	(28.9)
歯科衛生士	51	(15.8)	29	(15.9)	88	(22.2)	5	(8.5)	27	(23.3)	200	(18.6)
言語聴覚士	25	(7.8)	31	(17.0)	24	(6.1)	2	(3.4)	9	(7.8)	91	(8.5)
介護福祉士	17	(5.3)	6	(3.3)	24	(6.1)	6	(10.2)	4	(3.4)	57	(5.3)
調理師	10	(3.1)	5	(2.7)	18	(4.5)	2	(3.4)	4	(3.4)	39	(3.6)
理学療法士	8	(2.5)	6	(3.3)	9	(2.3)	3	(5.1)	3	(2.6)	29	(2.7)
作業療法士	4	(1.2)	2	(1.1)	4	(1.0)	0	(0.0)	2	(1.7)	12	(1.1)
その他	4	(1.2)	2	(1.1)	7	(1.8)	2	(3.4)	4	(3.4)	19	(1.8)

表1-2-④ 一次調査 基本集計 (事業主体別集計) ④
(欠損は項目ごと除外)

	社会福祉法人		医療法人		営利法人		NPO法人		その他		合計	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Ⅲ. 入居者の食事・栄養について (記入日までの1か月間の状況)												
食事介助が毎食必要な入居者	344	(82.1)	213	(88.0)	488	(89.9)	69	(85.2)	139	(85.8)	1253	(86.6)
いた (一人以上)												
食事介助の仕方がわからず不安に思った事例	73	(21.2)	50	(23.5)	125	(25.7)	14	(20.6)	28	(20.4)	290	(23.2)
あった												
入居者の食事提供・栄養管理に関する不安 (複数回答)												
食欲不振	230	(54.6)	120	(49.4)	263	(48.4)	38	(46.9)	74	(45.4)	725	(50.0)
誤嚥・窒息	224	(53.2)	137	(56.4)	328	(60.4)	51	(63.0)	105	(64.4)	845	(58.2)
食事形態の調整	193	(45.8)	93	(38.3)	205	(37.8)	30	(37.0)	73	(44.8)	594	(40.9)
食事時の傾眠、失認、偏食などの行動心理症状	185	(43.9)	101	(41.6)	225	(41.4)	24	(29.6)	66	(40.5)	601	(41.4)
肥満	144	(34.2)	83	(34.2)	191	(35.2)	25	(30.9)	51	(31.3)	494	(34.0)
糖尿病や腎臓病の食事療法	121	(28.7)	60	(24.7)	149	(27.4)	20	(24.7)	43	(26.4)	393	(27.1)
やせ	93	(22.1)	55	(22.6)	133	(24.5)	22	(27.2)	29	(17.8)	332	(22.9)
特にない	33	(7.8)	24	(9.9)	51	(9.4)	13	(16.0)	15	(9.2)	136	(9.4)
その他	7	(1.7)	5	(2.1)	15	(2.8)	0	(0.0)	4	(2.5)	31	(2.1)
2次調査												
希望する	227	(46.1)	133	(45.3)	258	(52.5)	33	(59.3)	78	(52.1)	729	(49.8)

表2-A-1-① 二次調査A 事業所スタッフ調査 基本集計①

職員数1,247人(261事業所)		n	(%)
事業主体			
	営利法人	441	(35.4)
	社会福祉法人	380	(30.5)
	医療法人	193	(15.5)
	NPO法人	94	(7.5)
	その他	87	(7.0)
	(欠損)	52	(4.2)
	合計	1247	(100.0)
同一法人内栄養士有無			
	あり	506	(40.6)
	なし	627	(50.3)
	わからない	48	(3.8)
	(欠損)	66	(5.3)
	合計	1247	(100.0)
記入者職種			
	介護職 (介護福祉士・ヘルパーなど)	1159	(92.9)
	看護師 (准看護師を含む)	33	(2.6)
	栄養士 (管理栄養士を含む)	3	(0.2)
	その他	49	(3.9)
	(欠損)	3	(0.2)
	合計	1247	(100.0)
記入者性別			
	男性	229	(18.4)
	女性	1017	(81.6)
	(欠損)	1	(0.1)
	合計	1247	(100.0)
記入者年代			
	20歳代	145	(11.6)
	30歳代	232	(18.6)
	40歳代	299	(24.0)
	50歳代	299	(24.0)
	60-64歳	170	(13.6)
	65-74歳	95	(7.6)
	75歳以上	5	(0.4)
	(欠損)	2	(0.2)
	合計	1247	(100.0)

表2-A-1-② 二次調査A 事業所スタッフ調査 基本集計②

職員数1,247人(261事業所)	n	(%)
この1ヶ月間に、入所者への食事の準備や食事提供で困ったこと、不安に思ったこと（複数回答）		
噛めない、飲み込めない入居者への食事の対応	446	(35.8)
入居者との調理が困難	384	(30.8)
栄養が足りているか分からない	367	(29.4)
献立のバリエーションが少ない	350	(28.1)
献立に入居者の意見を取り入れるのが困難	331	(26.5)
自身の調理技術の不足	319	(25.6)
食中毒予防などの衛生管理	280	(22.5)
入居者との買い物が困難	192	(15.4)
食事療法が必要な疾患（糖尿病や腎臓病など）への対応	184	(14.8)
食材の選び方が分からない	37	(3.0)
その他	79	(6.3)
困ったことや不安に思ったことはなかった	150	(12.0)
合計	1247	(100.0)
この1ヶ月間に、入所者の栄養や食べることの問題（咀嚼・嚥下も含む）で困ったこと（複数回答）		
嚥下機能の低下（むせ・誤嚥など）	590	(47.3)
食事時の傾眠	407	(32.6)
便秘	386	(31.0)
口腔機能の低下（義歯・噛みあわせなど）	348	(27.9)
食欲不振	302	(24.2)
体重増加	286	(22.9)
体重減少	222	(17.8)
食事の失認	203	(16.3)
偏食	165	(13.2)
脱水	142	(11.4)
下痢	130	(10.4)
肥満	115	(9.2)
拒食	114	(9.1)
食事療法が必要な疾患（糖尿病や腎臓病など）	86	(6.9)
看取り期の栄養管理	77	(6.2)
やせ	45	(3.6)
過食	40	(3.2)
その他	28	(2.2)
困ったことや不安に思ったことはなかった （欠損）	105 39	(8.4) (3.1)
合計	1247	(100.0)

表2-A-1-③ 二次調査A 事業所スタッフ調査 基本集計③

職員数1,247人(261事業所)		n	(%)
入所者の栄養や食べることの問題（咀嚼・嚥下も含む）困ったことに対する対応(複数回答)			
※上記で困ったことが 1つ以上あったもの n=1103	ホームのスタッフへ相談	868	(78.7)
	担当医へ相談	292	(26.5)
	ケアマネージャーへ相談	258	(23.4)
	法人内の栄養士・管理栄養士に相談した	97	(8.8)
	法人外の栄養士・管理栄養士に相談した	11	(1.0)
	その他	111	(10.1)
	特に誰にも相談しなかった	50	(4.5)
	合計	1103	(100.0)
誰にも相談しなかった理由			
※上記で「特に誰にも 相談しなかった」もの n=50	独学で対応できた	14	(28.0)
	どの職種に相談すれば良いか分からなかった	11	(22.0)
	どの職種に相談すれば良いかは分かったが、その職種が近くにいないか	7	(14.0)
	相談費用がかかるため	0	(0.0)
	その他	15	(30.0)
	合計	50	(100.0)
もし栄養士や管理栄養士がいたら相談しましたか？			
※困ったことへの対応として 法人内・法人外の 栄養士に相談しな かったものn=990	はい	748	(75.6)
	いいえ	145	(14.6)
	(欠損)	97	(9.8)
	合計	990	(100.0)

表2-A-2-① 二次調査A 事業所スタッフ調査 基本集計 (事業主体別集計) ①
(次損は項目ごと除外)

	社会福祉法人		医療法人		営利法人		NPO法人		その他		合計
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
法人内に栄養士											
あり	311	(81.8)	134	(71.3)	51	(12.0)	5	(5.3)	5	(6.3)	506 (43.4)
なし	64	(16.8)	54	(28.7)	357	(83.8)	89	(94.7)	60	(75.9)	624 (53.5)
わからない	5	(1.3)	0	(0.0)	18	(4.2)	0	(0.0)	14	(17.7)	37 (3.2)
記入者職種											
介護職 (介護福祉士・ヘルパー など)	361	(95.0)	183	(94.8)	405	(92.0)	80	(86.0)	82	(94.3)	1111 (93.1)
看護師 (准看護師を含む)	8	(2.1)	3	(1.6)	12	(2.7)	7	(7.5)	1	(1.1)	31 (2.6)
栄養士 (管理栄養士を含む)	2	(0.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(1.1)	3 (0.3)
その他	9	(2.4)	7	(3.6)	23	(5.2)	6	(6.5)	3	(3.4)	48 (4.0)
性別											
男性	81	(21.3)	27	(14.0)	77	(17.5)	14	(14.9)	21	(24.1)	220 (18.4)
女性	299	(78.7)	166	(86.0)	364	(82.5)	80	(85.1)	66	(75.9)	975 (81.6)
年代											
20歳代	50	(13.2)	20	(10.4)	49	(11.1)	8	(8.5)	10	(11.5)	137 (11.5)
30歳代	81	(21.3)	19	(9.8)	88	(20.0)	15	(16.0)	19	(21.8)	222 (18.6)
40歳代	82	(21.6)	52	(26.9)	104	(23.6)	29	(30.9)	21	(24.1)	288 (24.1)
50歳代	105	(27.6)	48	(24.9)	94	(21.4)	22	(23.4)	19	(21.8)	288 (24.1)
60-64歳	39	(10.3)	41	(21.2)	62	(14.1)	11	(11.7)	10	(11.5)	163 (13.7)
65-74歳	21	(5.5)	13	(6.7)	41	(9.3)	9	(9.6)	7	(8.0)	91 (7.6)
75歳以上	2	(0.5)	0	(0.0)	2	(0.5)	0	(0.0)	1	(1.1)	5 (0.4)

表2-A-2-② 二次調査A 事業所スタッフ調査 基本集計 (事業主体別集計) ②
(欠損は項目ごと除外)

	社会福祉法人		医療法人		営利法人		NPO法人		その他		合計	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
この1ヶ月間に、入所者への食事の準備や食事提供で困ったこと、不安に思ったこと (複数回答)												
入居者との調理が困難	138	(36.3)	54	(28.0)	118	(26.8)	28	(29.8)	31	(35.6)	369	(30.9)
栄養が足りているか分からない	119	(31.3)	38	(19.7)	137	(31.1)	33	(35.1)	25	(28.7)	352	(29.5)
噛めない、飲み込めない入居者への食事の対応	116	(30.5)	76	(39.4)	175	(39.7)	37	(39.4)	26	(29.9)	430	(36.0)
献立のバリエーションが少ない	116	(30.5)	42	(21.8)	135	(30.6)	17	(18.1)	27	(31.0)	337	(28.2)
自身の調理技術の不足	103	(27.1)	35	(18.1)	123	(27.9)	28	(29.8)	16	(18.4)	305	(25.5)
献立に入居者の意見を取り入れるのが困難	100	(26.3)	46	(23.8)	114	(25.9)	22	(23.4)	33	(37.9)	315	(26.4)
食中毒予防などの衛生管理	85	(22.4)	37	(19.2)	93	(21.1)	27	(28.7)	27	(31.0)	269	(22.5)
入居者との買い物が困難	56	(14.7)	27	(14.0)	66	(15.0)	14	(14.9)	19	(21.8)	182	(15.2)
食事療法が必要な疾患 (糖尿病や腎臓病など) への対応	56	(14.7)	29	(15.0)	72	(16.3)	10	(10.6)	10	(11.5)	177	(14.8)
食材の選び方が分からない	9	(2.4)	4	(2.1)	16	(3.6)	0	(0.0)	6	(6.9)	35	(2.9)
その他	25	(6.6)	15	(7.8)	27	(6.1)	3	(3.2)	7	(8.0)	77	(6.4)
困ったことや不安に思ったことはなかった	49	(12.9)	19	(9.8)	55	(12.5)	13	(13.8)	7	(8.0)	143	(12.0)

表2-A-2-③ 二次調査A 事業所スタッフ調査 基本集計 (事業主体別集計) ③
(欠損は項目ごと除外)

	社会福祉法人		医療法人		営利法人		NPO法人		その他		合計	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
この1ヶ月間に、入所者の栄養や食べることの問題 (咀嚼・嚥下も含む) で困ったこと (複数回答)												
嚥下機能の低下 (むせ・誤嚥な	150	(39.5)	91	(47.2)	228	(51.7)	44	(46.8)	48	(55.2)	561	(46.9)
食事時の傾眠	134	(35.3)	61	(31.6)	140	(31.7)	27	(28.7)	26	(29.9)	388	(32.5)
便秘	110	(28.9)	52	(26.9)	136	(30.8)	33	(35.1)	37	(42.5)	368	(30.8)
口腔機能の低下 (義歯・嚥みあ	94	(24.7)	55	(28.5)	129	(29.3)	28	(29.8)	24	(27.6)	330	(27.6)
わせなど)												
食欲不振	93	(24.5)	50	(25.9)	103	(23.4)	20	(21.3)	18	(20.7)	284	(23.8)
体重増加	89	(23.4)	39	(20.2)	109	(24.7)	16	(17.0)	17	(19.5)	270	(22.6)
体重減少	70	(18.4)	40	(20.7)	78	(17.7)	10	(10.6)	11	(12.6)	209	(17.5)
食事の失認	66	(17.4)	27	(14.0)	68	(15.4)	20	(21.3)	15	(17.2)	196	(16.4)
偏食	58	(15.3)	24	(12.4)	65	(14.7)	8	(8.5)	8	(9.2)	163	(13.6)
脱水	45	(11.8)	26	(13.5)	43	(9.8)	8	(8.5)	12	(13.8)	134	(11.2)
下痢	46	(12.1)	20	(10.4)	33	(7.5)	15	(16.0)	10	(11.5)	124	(10.4)
拒食	38	(10.0)	13	(6.7)	42	(9.5)	7	(7.4)	11	(12.6)	111	(9.3)
肥満	28	(7.4)	23	(11.9)	41	(9.3)	8	(8.5)	7	(8.0)	107	(9.0)
食事療法が必要な疾患 (糖尿												
病や腎臓病など)	22	(5.8)	13	(6.7)	40	(9.1)	3	(3.2)	7	(8.0)	85	(7.1)
看取り期の栄養管理	19	(5.0)	13	(6.7)	30	(6.8)	5	(5.3)	7	(8.0)	74	(6.2)
やせ	10	(2.6)	6	(3.1)	20	(4.5)	3	(3.2)	2	(2.3)	41	(3.4)
過食	15	(3.9)	10	(5.2)	12	(2.7)	1	(1.1)	1	(1.1)	39	(3.3)
その他	10	(2.6)	3	(1.6)	11	(2.5)	2	(2.1)	1	(1.1)	27	(2.3)
困ったことや不安に思ったことはな												
かった	39	(10.5)	15	(8.1)	37	(8.6)	6	(6.7)	2	(2.4)	99	(8.6)

表2-A-2-④ 二次調査A 事業所スタッフ調査 基本集計 (事業主体別集計) ④
(欠損は項目ごと除外)

	社会福祉法人		医療法人		営利法人		NPO法人		その他		合計
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
入所者の栄養や食べることの問題 (咀嚼・嚥下も含む) 困ったことに対する対応											
相談した	45 (13.6)	25 (14.7)	19 (4.8)	4 (4.8)	3 (3.8)	96 (9.1)					
法人内の栄養士・管理栄養士に相談した	3 (0.9)	0 (0.0)	5 (1.3)	1 (1.2)	0 (0.0)	9 (0.9)					
法人外の栄養士・管理栄養士に相談した	255 (77.0)	130 (76.5)	318 (80.7)	67 (80.7)	66 (82.5)	836 (79.0)					
ホームのスタッフへ相談	86 (26.0)	60 (35.3)	97 (24.6)	17 (20.5)	21 (26.3)	281 (26.6)					
担当医へ相談	64 (19.3)	31 (18.2)	114 (28.9)	15 (18.1)	23 (28.7)	247 (23.3)					
ケアマネジャーへ相談	31 (9.4)	19 (11.2)	46 (11.7)	4 (4.8)	7 (8.8)	107 (10.1)					
その他	18 (5.5)	5 (3.0)	13 (3.3)	6 (7.3)	6 (7.5)	48 (4.6)					
特に誰にも相談しなかった											
誰にも相談しなかった理由											
独学で対応できた	4 (22.2)	1 (20.0)	7 (53.8)	1 (20.0)	1 (16.7)	14 (29.2)					
どの職種に相談すれば良いかわからなかった	1 (5.6)	0 (0.0)	3 (23.1)	3 (60.0)	4 (66.7)	11 (22.9)					
どの職種に相談すれば良いかは分かったが、その職種が近くにいなかった	5 (27.8)	1 (20.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	7 (14.6)					
相談費用がかかるため	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)					
その他	7 (38.9)	2 (40.0)	3 (23.1)	0 (0.0)	1 (16.7)	13 (27.1)					
もし栄養士や管理栄養士がいたら相談しましたか?											
はい	213 (84.5)	101 (78.3)	286 (84.4)	59 (89.4)	58 (84.1)	717 (83.9)					

表2-B-1 二次調査B 個別調査 事業所への質問 基本集計

事業所数n=257	n	(%)
事業主体		
営利法人	95	(37.0)
社会福祉法人	77	(30.0)
医療法人	43	(16.7)
NPO法人	21	(8.2)
その他 (欠損)	18 3	(7.0) (1.2)
合計	257	(100.0)
記入者		
管理者	207	(80.5)
他の職員 (欠損)	37 13	(14.4) (5.1)
合計	257	(100.0)
過去6か月間に栄養士（管理栄養士を含む）による関わり		
あり	101	(39.3)
なし	156	(60.7)
合計	257	(100.0)
関わった栄養士（管理栄養士）の所属		
事業所	14	(13.9)
同一法人の他施設	60	(59.4)
別法人の他施設	5	(5.0)
その他 (欠損)	20 2	(19.8) (2.0)
合計	101	(100.0)
栄養士が関わった内容について（複数回答）		
食事の献立作成	67	(66.3)
入居者の栄養・食事問題の把握	47	(46.5)
食事の衛生管理	37	(36.6)
調理・買い物のお助言・指導	34	(33.7)
えんげ調整食（ミキサー食やペースト食） についての助言・指導	33	(32.7)
栄養・食事計画の作成	26	(25.7)
その他	14	(13.9)
合計	101	(100.0)

表2-B-2 二次調査B 個別調査 事業所への質問 基本集計 (事業主体別集計)
(欠損は項目ごとに除外)

	社会福祉法人		医療法人		営利法人		NPO法人		その他		合計	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
記入者												
管理者	58	(79.5)	36	(87.8)	79	(88.8)	19	(90.5)	13	(72.2)	205	(84.7)
他の職員	15	(20.5)	5	(12.2)	10	(11.2)	2	(9.5)	5	(27.8)	37	(15.3)
過去6か月間に栄養士 (管理栄養士を含む) による関わり												
あり	42	(54.5)	22	(51.2)	27	(28.4)	6	(28.6)	4	(22.2)	101	(39.8)
なし	35	(45.5)	21	(48.8)	68	(71.6)	15	(71.4)	14	(77.8)	153	(60.2)
関わった栄養士 (管理栄養士) の所属												
貴事業所	3	(7.3)	4	(18.2)	5	(19.2)	0	(0.0)	2	(50.0)	14	(14.1)
同一法人の他施設	35	(85.4)	12	(54.5)	9	(34.6)	3	(50.0)	1	(25.0)	60	(60.6)
別法人の他施設	0	(0.0)	1	(4.5)	4	(15.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	5	(5.1)
その他	3	(7.3)	5	(22.7)	8	(30.8)	3	(50.0)	1	(25.0)	20	(20.2)
栄養士が関わった内容について (複数回答)												
食事の献立作成	22	(52.4)	14	(63.6)	22	(81.5)	5	(83.3)	4	(100.0)	67	(66.3)
入居者の栄養・食事問題の把握	19	(45.2)	8	(36.4)	14	(51.9)	3	(50.0)	3	(75.0)	47	(46.5)
栄養・食事計画の作成	5	(11.9)	7	(31.8)	10	(37.0)	2	(33.3)	2	(50.0)	26	(25.7)
調理・買い物物の助言・指導	14	(33.3)	6	(27.3)	10	(37.0)	2	(33.3)	2	(50.0)	34	(33.7)
えんげ調整食 (ミキサー食やペースト食)	10	(23.8)	11	(50.0)	10	(37.0)	0	(0.0)	2	(50.0)	33	(32.7)
についての助言・指導	18	(42.9)	8	(36.4)	8	(29.6)	1	(16.7)	2	(50.0)	37	(36.6)
食事の衛生管理	9	(21.4)	4	(18.2)	1	(3.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	14	(13.9)
その他												

表2-B-3-① 二次調査B 個別調査 基本集計①

	n	(%)
事業主体		
営利法人	1,369	(38.7)
社会福祉法人	1,020	(28.9)
医療法人	623	(17.6)
NPO法人	218	(6.2)
その他 (欠損)	268 36	(7.6) (1.0)
合計	3,534	(100.0)
記入者		
事業所管理者	2,554	(72.3)
その他 (欠損)	481 499	(13.6) (14.1)
合計	3,534	(100.0)
性別		
女性	2,880	(81.5)
男性 (欠損)	591 63	(16.7) (1.8)
合計	3,534	(100.0)
年齢階級		
74歳以下	179	(5.1)
75-84歳	1,025	(29.0)
85-94歳	1,925	(54.5)
95歳以上 (欠損)	357 48	(10.1) (1.4)
合計	3,534	(100.0)
要支援・要介護度		
要支援1	1	(0.0)
要支援2	19	(0.5)
要介護1	639	(18.1)
要介護2	899	(25.4)
要介護3	928	(26.3)
要介護4	607	(17.2)
要介護5 (欠損)	409 32	(11.6) (0.9)
合計	3,534	(100.0)

表2-B-3-② 二次調査B 個別調査 基本集計②

	n	(%)	
認知症高齢者の日常生活自立度			
自立	11	(0.3)	
I	100	(2.8)	
II a	342	(9.7)	
II b	786	(22.2)	
III a	1,082	(30.6)	
III b	396	(11.2)	
IV	474	(13.4)	
M	96	(2.7)	
(欠損)	247	(7.0)	
合計	3,534	(100.0)	
BMI18.5kg/m2未満			
18.5以上	2,144	(60.7)	欠損除く (75.6)
18.5未満	692	(19.6)	(24.4)
(欠損)	698	(19.8)	
合計	3,534	(100.0)	
BMI20kg/m2未満			
20以上	1,708	(48.3)	欠損除く (60.2)
20未満	1,128	(31.9)	(39.8)
(欠損)	698	(19.8)	
合計	3,534	(100.0)	
BMI25kg/m2以上			
25以上	377	(10.7)	欠損除く (13.3)
25未満	2,459	(69.6)	(86.7)
(欠損)	698	(19.8)	
合計	3,534	(100.0)	
BMI30kg/m2以上			
30以上	38	(1.1)	欠損除く (1.3)
30未満	2,798	(79.2)	(98.7)
(欠損)	698	(19.8)	
合計	3,534	(100.0)	
食事形態			
普通食	2,335	(66.1)	
普通食&きざみ食	32	(0.9)	
きざみ食	671	(19.0)	
きざみ食&えんげ調整食	21	(0.6)	
えんげ調整食	336	(9.5)	
(欠損)	139	(3.9)	
合計	3,534	(100.0)	
とろみ剤の使用(お茶や汁物)			
あり	558	(15.8)	
なし	2,896	(81.9)	
(欠損)	80	(2.3)	
合計	3,534	(100.0)	

表2-B-3-③ 二次調査B 個別調査 基本集計③

	n	(%)
入居者の食事準備への参加(1か月間に1回以上)		
あり	1,148	(32.5)
なし	2,307	(65.3)
(欠損)	79	(2.2)
合計	3,534	(100.0)
入居者の買い物(食料品)への参加(1か月間に1回以上)		
あり	646	(18.3)
なし	2,844	(80.5)
(欠損)	44	(1.2)
合計	3,534	(100.0)
入居者の主な食事の場所		
居間および食堂	3,464	(98.0)
居室	47	(1.3)
(欠損)	23	(0.7)
合計	3,534	(100.0)
食事介助		
全面介助	396	(11.2)
一部介助	823	(23.3)
自立	2,277	(64.4)
(欠損)	38	(1.1)
合計	3,534	(100.0)
食事中の失認・傾眠		
あり	698	(19.8)
なし	2,778	(78.6)
(欠損)	58	(1.6)
合計	3,534	(100.0)
拒食・偏食		
あり	596	(16.9)
なし	2,869	(81.2)
(欠損)	69	(2.0)
合計	3,534	(100.0)
食事中の徘徊・多動		
あり	179	(5.1)
なし	3,308	(93.6)
(欠損)	47	(1.3)
合計	3,534	(100.0)

表2-B-3-④ 二次調査B 個別調査 基本集計④

	n	(%)
6か月前（2017年2月1日）に貴グループホームに入居していましたか		
はい	2,993	(84.7)
いいえ	496	(14.0)
(欠損)	45	(1.3)
合計	3,534	(100.0)
6か月前（2017年2月1日）に貴グループホームに入居していた人（n=2993）		
6か月前のBMI18.5kg/m ² 未満		
18.5以上	1,872	(62.5)
18.5未満	537	(17.9)
(欠損)	584	(19.5)
合計	2,993	(100.0)
6か月前のBMI20kg/m ² 未満		
20以上	1,488	(49.7)
20未満	921	(30.8)
(欠損)	584	(19.5)
合計	2,993	(100.0)
6か月前のBMI25kg/m ² 以上		
25以上	354	(11.8)
25未満	2,055	(68.7)
(欠損)	584	(19.5)
合計	2,993	(100.0)
6か月前のBMI30kg/m ² 以上		
30以上	33	(1.1)
30未満	2,376	(79.4)
(欠損)	584	(19.5)
合計	2,993	(100.0)
6か月間の体重減少-2kg以上		
なし	2,207	(73.7)
あり	542	(18.1)
(欠損)	244	(8.2)
合計	2,993	(100.0)
6か月間の体重減少率3%以上/6か月		
なし	2,066	(69.0)
あり	683	(22.8)
(欠損)	244	(8.2)
合計	2,993	(100.0)
2017年2-7月の入院		
あり	236	(7.9)
なし	2,678	(89.5)
(欠損)	79	(2.6)
合計	2,993	(100.0)

表2-B-4 二次調査B 個別調査 基本集計

n=3534	n	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
年齢	3,486	86.5	87.0	(6.9)	52.0	108.0
身長	2,912	148.0	148.0	(8.7)	120.0	178.7
体重	3,334	46.2	45.2	(8.7)	21.0	83.0
BMI	2,836	21.1	20.9	(3.6)	10.8	37.3
6か月前の体重	2,409	46.7	46.0	(8.6)	24.0	83.0
6か月前のBMI	2,409	21.3	21.1	(3.5)	11.6	36.4
体重変化量kg/6か月	2,749	1.8	0.0	(2.4)	-22.0	21.0
体重変化率%/6か月	2,749	4.1	0.0	(5.5)	-37.9	59.8

表2-B-5-① 二次調査B 個別調査 基本集計 (事業主体別集計) ①

(欠損は項目ごとに除外)

性別	社会福祉法人		医療法人		営利法人		NPO法人		その他		合計	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
男性	160	(16.0)	92	(14.8)	243	(17.9)	44	(21.1)	47	(19.3)	586	(17.1)
女性	841	(84.0)	531	(85.2)	1116	(82.1)	165	(78.9)	196	(80.7)	2849	(82.9)
年齢階級												
74歳以下	45	(4.5)	29	(4.7)	76	(5.6)	10	(5.0)	19	(7.1)	179	(5.2)
75-84歳	275	(27.2)	156	(25.4)	421	(30.8)	67	(33.7)	98	(36.6)	1017	(29.4)
85-94歳	575	(56.9)	359	(58.5)	745	(54.5)	96	(48.2)	133	(49.6)	1908	(55.2)
95歳以上	116	(11.5)	70	(11.4)	125	(9.1)	26	(13.1)	18	(6.7)	355	(10.3)
要支援・要介護度												
要支援1・2	4	(0.4)	5	(0.8)	11	(0.8)	0	(0.0)	0	(0.0)	20	(0.6)
要介護1	177	(17.4)	126	(20.6)	235	(17.2)	32	(16.1)	60	(22.4)	630	(18.2)
要介護2	264	(25.9)	170	(27.7)	344	(25.2)	44	(22.1)	67	(25.0)	889	(25.6)
要介護3	296	(29.0)	154	(25.1)	347	(25.4)	61	(30.7)	62	(23.1)	920	(26.5)
要介護4	169	(16.6)	102	(16.6)	253	(18.5)	30	(15.1)	49	(18.3)	603	(17.4)
要介護5	110	(10.8)	56	(9.1)	176	(12.9)	32	(16.1)	30	(11.2)	404	(11.7)
認知症高齢者の日常生活自立度												
自立	8	(0.8)	2	(0.3)	1	(0.1)	0	(0.0)	0	(0.0)	11	(0.3)
I	28	(2.8)	19	(3.3)	40	(3.1)	3	(1.6)	9	(3.9)	99	(3.0)
IIa	87	(8.8)	73	(12.6)	135	(10.6)	20	(10.4)	26	(11.3)	341	(10.4)
IIb	217	(21.9)	141	(24.4)	314	(24.6)	54	(28.0)	52	(22.5)	778	(23.8)
IIIa	362	(36.5)	193	(33.4)	399	(31.3)	58	(30.1)	68	(29.4)	1080	(33.0)
IIIb	109	(11.0)	73	(12.6)	158	(12.4)	25	(13.0)	27	(11.7)	392	(12.0)
IV	163	(16.4)	65	(11.2)	185	(14.5)	26	(13.5)	33	(14.3)	472	(14.4)
M	18	(1.8)	12	(2.1)	43	(3.4)	7	(3.6)	16	(6.9)	96	(2.9)

表2-B-5-② 二次調査B 個別調査 基本集計（事業主体別集計）②

	社会福祉法人		医療法人		営利法人		NPO法人		その他		合計	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
2017年7月(基準日)時点の低栄養リスク (BMI)												
BMI18.5kg/m2未満	192	(22.3)	116	(23.2)	274	(24.9)	45	(28.0)	49	(25.9)	676	(24.0)
BMI20kg/m2未満	316	(36.7)	201	(40.1)	449	(40.8)	68	(42.2)	69	(36.5)	1103	(39.2)
2017年7月(基準日)時点の過栄養リスク (BMI)												
BMI25kg/m2以上	117	(13.6)	80	(16.0)	147	(13.4)	17	(10.6)	27	(14.3)	388	(13.8)
BMI30kg/m2以上	14	(1.6)	8	(1.6)	14	(1.3)	2	(1.2)	1	(0.5)	39	(1.4)
食事形態												
普通食	724	(72.8)	419	(69.3)	864	(66.1)	139	(67.8)	168	(65.6)	2314	(68.7)
普通食&きざみ食	13	(1.3)	5	(0.8)	13	(1.0)	0	(0.0)	1	(0.4)	32	(1.0)
きざみ食	169	(17.0)	123	(20.3)	275	(21.0)	35	(17.1)	68	(26.6)	670	(19.9)
きざみ食&えんげ調整食	4	(0.4)	2	(0.3)	13	(1.0)	0	(0.0)	2	(0.8)	21	(0.6)
えんげ調整食	85	(8.5)	56	(9.3)	142	(10.9)	31	(15.1)	17	(6.6)	331	(9.8)
とろみ剤の使用(お茶や汁物)												
あり	139	(14.3)	90	(14.6)	255	(18.9)	33	(15.3)	35	(13.2)	552	(16.1)
入居者の食事準備への参加(1か月間に1回以上)												
あり	347	(34.9)	185	(30.8)	447	(33.2)	85	(39.7)	79	(29.8)	1143	(33.4)
入居者の買い物(食料品)への参加(1か月間に1回以上)												
あり	195	(19.8)	108	(17.4)	247	(18.1)	45	(20.8)	49	(18.4)	644	(18.6)
入居者の主な食事の場所												
居間および食堂	997	(98.7)	615	(99.5)	1342	(98.3)	210	(97.7)	265	(99.3)	3429	(98.7)
居室	13	(1.3)	3	(0.5)	23	(1.7)	5	(2.3)	2	(0.7)	46	(1.3)
食事介助												
全面介助	109	(10.8)	63	(10.2)	159	(11.7)	31	(14.8)	30	(11.3)	392	(11.3)
一部介助	245	(24.4)	153	(24.8)	320	(23.5)	59	(28.1)	41	(15.4)	818	(23.6)
自立	651	(64.8)	400	(64.9)	884	(64.9)	120	(57.1)	195	(73.3)	2250	(65.0)
認知症高齢者の食事中の徴候・症状												
失認・傾眠	214	(21.5)	103	(16.9)	290	(21.4)	34	(15.9)	48	(18.0)	689	(20.0)
拒食・偏食	168	(17.4)	120	(19.4)	233	(17.1)	25	(11.7)	41	(15.4)	587	(17.1)
徘徊・多動	55	(5.5)	20	(3.2)	75	(5.5)	12	(5.7)	15	(5.6)	177	(5.1)

表2-B-5-③ 二次調査B 個別調査 基本集計 (事業主体別集計) ③

(欠損は項目ごとに除外)	社会福祉法人		医療法人		営利法人		NPO法人		その他		合計	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
6か月前の入居有無												
あり	837	(82.9)	544	(87.7)	1175	(87.1)	188	(87.4)	219	(84.6)	2963	(85.8)
2017年2月(6か月前)時点の低栄養リスク (BMI)												
6か月前BMI18.5kg/m ² 未満	136	(19.8)	91	(20.3)	228	(24.2)	32	(22.9)	39	(23.9)	526	(22.1)
6か月前BMI20kg/m ² 未満	235	(34.2)	173	(38.6)	362	(38.4)	57	(40.7)	70	(42.9)	897	(37.7)
2017年2月(6か月前) 時点の過栄養リスク (BMI)												
6か月前BMI25kg/m ² 以上	105	(15.3)	89	(19.9)	127	(13.5)	18	(12.9)	24	(14.7)	363	(15.2)
6か月前BMI30kg/m ² 以上	7	(1.0)	10	(2.2)	14	(1.5)	2	(1.4)	2	(1.2)	35	(1.5)
2017.2~7月の6か月間の体重減少												
3%以上の体重減少あり	199	(25.0)	149	(29.1)	243	(22.6)	34	(23.1)	56	(27.9)	681	(24.9)
2017.2~7月の入院有無												
あり	67	(8.1)	33	(6.4)	102	(9.0)	15	(8.1)	18	(8.2)	235	(8.1)

表2-B-6-① 二次調査B 個別調査 低BMIクロス集計①

(欠損は項目ごとに除外)	2017年7月(基準日)時点のBMI						
	低BMI (18.5kg/m ² 未満)		18.5kg/m ² 以上		合計		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	p値(χ^2 検定)
2017年2月(6か月前)時点の低栄養リスク (BMI)							
BMI18.5kg/m ² 未満	447	(79.5)	77	(4.2)	524	(22.0)	<0.001
以下、2017年7月(基準日)時点の状況							
性別							
男性	100	(14.9)	385	(18.1)	485	(17.4)	0.056
女性	570	(85.1)	1,739	(81.9)	2,309	(82.6)	
年齢階級							
74歳以下	31	(4.6)	120	(5.6)	151	(5.3)	0.042 ※マンホイットニー-U検定
75-84歳	191	(28.2)	655	(30.5)	846	(29.9)	
85-94歳	378	(55.8)	1,174	(54.7)	1,552	(54.9)	
95歳以上	78	(11.5)	199	(9.3)	277	(9.8)	
要支援・要介護度							
要支援1・2	4	(0.6)	9	(0.4)	13	(0.5)	<0.001 ※マンホイットニー-U検定
要介護1	104	(15.3)	426	(19.8)	530	(18.7)	
要介護2	137	(20.2)	616	(28.6)	753	(26.6)	
要介護3	172	(25.4)	589	(27.3)	761	(26.9)	
要介護4	130	(19.2)	347	(16.1)	477	(16.8)	
要介護5	131	(19.3)	169	(7.8)	300	(10.6)	
認知症高齢者の日常生活自立度							
自立	2	(0.3)	8	(0.4)	10	(0.4)	<0.001 ※マンホイットニー-U検定
I	18	(2.8)	59	(2.9)	77	(2.8)	
II a	58	(8.9)	221	(10.7)	279	(10.3)	
II b	152	(23.4)	513	(24.8)	665	(24.5)	
III a	185	(28.5)	735	(35.5)	920	(33.8)	
III b	86	(13.3)	248	(12.0)	334	(12.3)	
IV	122	(18.8)	244	(11.8)	366	(13.5)	
M	26	(4.0)	41	(2.0)	67	(2.5)	

表2-B-6-② 二次調査B 個別調査 低BMIクロス集計②

(欠損は項目ごとに除外)	2017年7月(基準日)時点のBMI						
	低BMI (18.5kg/m ² 未満)		18.5kg/m ² 以上		合計		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
食事形態						p値(χ^2 検定)	
普通食	362	(55.0)	1,570	(75.6)	1,932	(70.6)	<0.001
普通食&きざみ食	7	(1.1)	21	(1.0)	28	(1.0)	
きざみ食	170	(25.8)	350	(16.8)	520	(19.0)	
きざみ食&えんげ調整食	7	(1.1)	8	(0.4)	15	(0.5)	
えんげ調整食	112	(17.0)	129	(6.2)	241	(8.8)	
とろみ剤の使用(お茶や汁物)							
あり	148	(22.3)	259	(12.2)	407	(14.6)	<0.001
食事準備への参加							
あり	182	(27.3)	773	(36.7)	955	(34.4)	<0.001
買い物への参加							
あり	109	(16.3)	435	(20.4)	544	(19.4)	0.019
食事の場所							
居間および食堂	667	(99.1)	2,126	(99.0)	2,793	(99.0)	0.841
居室	6	(0.9)	21	(1.0)	27	(1.0)	
食事介助							
全面介助	126	(18.8)	163	(7.6)	289	(10.3)	<0.001
一部介助	177	(26.4)	495	(23.1)	672	(23.9)	
自立	367	(54.8)	1,481	(69.2)	1,848	(65.8)	
認知症高齢者の食事中的徴候・症状							
食事中的失認・傾眠	182	(27.1)	364	(17.2)	546	(19.6)	<0.001
拒食・偏食	148	(22.2)	323	(15.3)	471	(17.0)	<0.001
食事中的徘徊・多動	35	(5.2)	113	(5.3)	148	(5.3)	0.929
6か月前の入居有無							
あり	572	(84.9)	1,858	(86.5)	2,430	(86.1)	0.273
2017.2~7月の6か月間の体重減少							
3%以上の体重減少あり	233	(41.5)	362	(19.9)	595	(25.0)	<0.001
2017.2~7月の入院有無							
あり	60	(10.9)	127	(7.0)	187	(7.9)	0.003

表2-B-7-① 二次調査B 個別調査 低BMIクロス集計（入院したものを除く）①

	2017年7月(基準日)時点のBMI						p値(χ^2 検定)
	低BMI (18.5kg/m ² 未満)		18.5kg/m ² 以上		合計		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
2017年2月(6か月前)時点の低栄養リスク (BMI)							
BMI18.5kg/m ² 未満	388	(80.8)	65	(3.9)	453	(21.3)	<0.001
以下、2017年7月(基準日)時点の状況							
性別							
男性	69	(14.4)	293	(17.6)	362	(16.9)	0.097
女性	411	(85.6)	1,372	(82.4)	1,783	(83.1)	
年齢階級							
74歳以下	22	(4.5)	96	(5.7)	118	(5.4)	0.035
75-84歳	126	(25.8)	493	(29.3)	619	(28.5)	※マンホイットニー-U検定
85-94歳	280	(57.4)	918	(54.6)	1,198	(55.2)	
95歳以上	60	(12.3)	174	(10.4)	234	(10.8)	
要支援・要介護度							
要支援2	3	(0.6)	6	(0.4)	9	(0.4)	<0.001
要介護1	64	(13.1)	317	(18.8)	381	(17.5)	※マンホイットニー-U検定
要介護2	91	(18.7)	473	(28.0)	564	(25.9)	
要介護3	130	(26.7)	466	(27.6)	596	(27.4)	
要介護4	94	(19.3)	278	(16.5)	372	(17.1)	
要介護5	105	(21.6)	148	(8.8)	253	(11.6)	
認知症高齢者の日常生活自立度							
自立	2	(0.4)	5	(0.3)	7	(0.3)	<0.001
I	8	(1.7)	48	(3.0)	56	(2.7)	※マンホイットニー-U検定
II a	33	(7.1)	162	(10.0)	195	(9.3)	
II b	105	(22.5)	383	(23.7)	488	(23.4)	
III a	131	(28.1)	592	(36.6)	723	(34.7)	
III b	72	(15.4)	194	(12.0)	266	(12.8)	
IV	97	(20.8)	202	(12.5)	299	(14.3)	
M	19	(4.1)	33	(2.0)	52	(2.5)	

表2-B-7-② 二次調査B 個別調査 低BMIクロス集計（入院したものを除く）②

(欠損は項目ごとに除外)	2017年7月(基準日)時点のBMI						
	低BMI (18.5kg/m ² 未満)		18.5kg/m ² 以上		合計		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
						p値(χ^2 検定)	
食事形態							
普通食	248	(52.4)	1,219	(74.9)	1,467	(69.8)	<0.001
普通食&きざみ食	4	(0.8)	14	(0.9)	18	(0.9)	
きざみ食	134	(28.3)	288	(17.7)	422	(20.1)	
きざみ食&えんげ調整食	4	(0.8)	6	(0.4)	10	(0.5)	
えんげ調整食	83	(17.5)	101	(6.2)	184	(8.8)	
とろみ剤の使用							
あり	112	(23.6)	207	(12.4)	319	(14.9)	<0.001
食事準備への参加							
あり	122	(25.2)	607	(36.7)	729	(34.1)	<0.001
買い物への参加							
あり	71	(14.7)	330	(19.8)	401	(18.6)	0.011
食事の場所							
居間および食堂	483	(99.2)	1,673	(99.2)	2,156	(99.2)	0.912
居室	4	(0.8)	13	(0.8)	17	(0.8)	
食事介助							
全面介助	101	(20.8)	137	(8.2)	238	(11.0)	<0.001
一部介助	137	(28.2)	410	(24.4)	547	(25.3)	
自立	247	(50.9)	1,131	(67.4)	1,378	(63.7)	
認知症高齢者の食事中の徴候・症状							
食事中の失認・傾眠	147	(30.3)	307	(18.5)	454	(21.2)	<0.001
拒食・偏食	119	(24.6)	265	(16.1)	384	(18.0)	<0.001
食事中の徘徊・多動	26	(5.3)	95	(5.7)	121	(5.6)	0.775
2017.2~7月の6か月間の体重減少							
3%以上の体重減少あり	195	(40.6)	317	(19.2)	512	(24.0)	<0.001

表2-B-8-① 二次調査B 個別調査 入院有無クロス集計①

(欠損は項目ごとに除外)	2017年2月～7月の間の入院 (2017年2月時点で入居)						
	入院あり		入院なし		合計	p値(χ^2 検定)	
	n	(%)	n	(%)			n
2017年2月(6か月前)時点の低栄養リスク (BMI)							
BMI18.5kg/m ² 未満	47	(24.9)	457	(21.3)	504	(21.6)	0.250
BMI20kg/m ² 未満	79	(41.8)	784	(36.5)	863	(36.9)	0.148
2017年2月(6か月前) 時点の過栄養リスク (BMI)							
BMI25kg/m ² 以上	23	(12.2)	337	(15.7)	360	(15.4)	0.199
BMI30kg/m ² 以上	2	(1.1)	32	(1.5)	34	(1.5)	0.635

以下、2017年7月(基準日)時点の状況							
性別							
男性	39	(16.9)	438	(16.6)	477	(16.6)	0.913
女性	192	(83.1)	2,200	(83.4)	2,392	(83.4)	
年齢階級							
74歳以下	8	(3.4)	140	(5.3)	148	(5.2)	0.378
75-84歳	61	(26.3)	744	(28.2)	805	(28.0)	※マンホイットニー-U検定
85-94歳	139	(59.9)	1,457	(55.2)	1,596	(55.6)	
95歳以上	24	(10.3)	298	(11.3)	322	(11.2)	
要支援・要介護度							
要支援1・2	0	(0.0)	12	(0.5)	12	(0.4)	<0.001
要介護1	28	(12.0)	452	(17.0)	480	(16.6)	※マンホイットニー-U検定
要介護2	46	(19.7)	652	(24.6)	698	(24.2)	
要介護3	62	(26.6)	722	(27.2)	784	(27.2)	
要介護4	59	(25.3)	468	(17.6)	527	(18.3)	
要介護5	38	(16.3)	348	(13.1)	386	(13.4)	
認知症高齢者の日常生活自立度							
自立	1	(0.5)	8	(0.3)	9	(0.3)	0.108
I	6	(2.8)	69	(2.8)	75	(2.8)	※マンホイットニー-U検定
II a	13	(6.0)	241	(9.6)	254	(9.3)	
II b	47	(21.6)	562	(22.4)	609	(22.4)	
III a	74	(33.9)	851	(34.0)	925	(34.0)	
III b	33	(15.1)	310	(12.4)	343	(12.6)	
IV	34	(15.6)	390	(15.6)	424	(15.6)	
M	10	(4.6)	75	(3.0)	85	(3.1)	
2017年7月(基準日)時点の低栄養リスク (BMI)							
BMI18.5kg/m ² 未満	60	(32.1)	489	(22.5)	549	(23.2)	0.003
BMI20kg/m ² 未満	91	(48.7)	808	(37.1)	899	(38.0)	0.002
2017年7月(基準日)時点の過栄養リスク (BMI)							
BMI25kg/m ² 以上	17	(9.1)	328	(15.1)	345	(14.6)	0.026
BMI30kg/m ² 以上	2	(1.1)	33	(1.5)	35	(1.5)	0.628

表2-B-8-② 二次調査B 個別調査 入院有無クロス集計②

(欠損は項目ごとに除外)	2017年2月～7月の間の入院 (2017年2月時点で入居)						
	入院あり		入院なし		合計		p値(χ^2 検定)
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
食事形態							
普通食	123	(54.7)	1,745	(67.9)	1,868	(66.9)	<0.001
普通食&きざみ食	4	(1.8)	21	(0.8)	25	(0.9)	
きざみ食	42	(18.7)	529	(20.6)	571	(20.4)	
きざみ食&えんげ調整食	5	(2.2)	15	(0.6)	20	(0.7)	
えんげ調整食	51	(22.7)	259	(10.1)	310	(11.1)	
とろみ剤の使用(お茶や汁物)							
あり	74	(31.8)	434	(16.6)	508	(17.9)	<0.001
入居者の食事準備への参加(1か月間に1回以上)							
あり	55	(23.7)	858	(32.7)	913	(31.9)	0.005
入居者の買い物(食料品)への参加(1か月間に1回以上)							
あり	28	(11.9)	470	(17.7)	498	(17.2)	0.024
入居者の主な食事の場所							
居間および食堂	229	(97.4)	2,639	(98.8)	2,868	(98.7)	0.080
居室	6	(2.6)	32	(1.2)	38	(1.3)	
食事介助							
全面介助	37	(15.8)	332	(12.5)	369	(12.8)	<0.001
一部介助	83	(35.5)	657	(24.7)	740	(25.6)	
自立	114	(48.7)	1,669	(62.8)	1,783	(61.7)	
認知症高齢者の食事中の徴候・症状							
食事中の失認・傾眠	57	(24.3)	581	(22.0)	638	(22.2)	0.434
拒食・偏食	44	(19.0)	483	(18.4)	527	(18.4)	0.819
食事中の徘徊・多動	9	(3.9)	147	(5.5)	156	(5.4)	0.283
2017.2～7月の6か月間の体重減少							
3%以上の体重減少あり	80	(37.6)	598	(24.3)	678	(25.3)	<0.001

II. 認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する事業所訪問

インタビュー（三次調査）：

目 的

一次調査及び二次調査の結果から、認知症対応型共同生活介護（以下、認知症 GH）入居高齢者に低栄養が一定数把握されたが、対応する栄養管理体制がないことが課題として明らかになった。

そこで、三次調査としての本研究では、先行調査結果から今後の栄養管理体制のあり方について検討し提言を行うにあたり、全国の認知症 GH を牽引する 3 事業所を訪問し、管理者（ホーム長）及び常勤スタッフを対象として、今後の望ましい栄養管理体制（スタッフへのコンサルテーションや研修を含める）のあり方についてインタビューを行うこととした。

方 法

1. 対象施設と対象者

委員の推薦により全国の認知症 GH を代表し牽引する 3 事業所（京都、神奈川、沖縄）の管理者（ホーム長）と管理者の依頼した常勤スタッフ 2～3 名である。

2. 調査方法

管理者（ホーム長）及び常勤スタッフへの依頼状及び説明書、同意書、同意撤回書、研究倫理相談窓口のご案内を郵送した。調査への協力は管理者（ホーム長）及び常勤スタッフの自由な意志に任せられ、同封封筒により同意書を回収する。同意書が 12 月末までに返信されない事業所があった場合には、委員に事業所の追加推薦を依頼し 3 事業所とした。同意を得られた事業所には、同意書が返信された日以後に委員長が管理者（ホーム長）と平成 30 年 2 月 10 日までに委員 2 名によるインタビューのための訪問日を調整決定した。この訪問日には、インタビューガイドに沿ったインタビューを管理者（ホーム長）40 分程度、常勤スタッフ各 20 分程度（挨拶や簡単な説明等を入れて全 2 時間程度）行った。インタビュー内容は対象者の同意を得て録音し逐語録作成を業者に委託した。

3. 調査内容

（1）事業所属性

事業所のホームページに記載された所在県・市、入居者数。

（2）インタビュー内容

委員の一人が、以下のインタビューガイドに沿ってインタビューを行った。これまで

の調査から、認知症 GH 入居高齢者に低栄養が把握されたが、対応する栄養や食事の体制がないことが課題として明らかになってきたことを説明する。

次いで、下記の項目の順に問いかける

- ① 「説明させて頂いた結果についてどう思われましたか？」
- ② 「入居者の低栄養に対する対応はどのようにしたらよいと思われませんか？」
- ③ 「管理栄養士・栄養士が関わっていくには、どのようにしたらよいと思われませんか？」
- ④ 「入居者の食事や栄養について不安や困難に思われていることがありますか？」
また、「そのための対応策が何かありますか？」

- ⑤ 「認知症高齢者のための栄養食事の対応についてのスタッフの研修をするとしたら、どのようなご要望がありますか？」
- ⑥ 「ほかに何かお話しになりたいことはありませんか？」

4. 録音と逐語録の作成

対象者のインタビュー内容は同意を得て IC レコーダーに保存し（IC レコーダー内の録音は電子媒体に移した後ただちに消去）、その後、委員長（申請代表者）は委員の長瀬香織（神奈川県立保健福祉大学栄養学科助教）の PC まで運搬した。長瀬が IC レコーダー内の録音を電子媒体化されたセキュリティー付 USB に保管した。当該 USB は、個人情報保護の遵守について同意を得た委託業者（株式会社 IP パートナーズ コエラボ、東京都渋谷区）に書留により郵送した。当該委託会社は逐語録を作成後、当該 USB に保管し、書留により委員長（申請代表者）に郵送された。当該 USB 及び逐語録は委員長（申請代表者）の研究室（A610）の鍵のかかる保管庫に保存され、5 年後に USB 内は全消去され、その他は粉碎処分される。

5. 逐語録からの課題テーブルと活用

インタビューされたデータについて質的分析を行うものではなく、制度研究として、先行調査成果の解釈や、そこからの提言の妥当性を高めるためのものである。このことから、逐語録から、委員長のスーパーバイズのもと委員及び研究協力の長瀬香織、藤川亜沙美、松山紗奈江がインタビューガイドの①～⑥について概要の抽出を行いテーブル（一覧表）作成をした。このテーブルは研究班の委員会で提示し、委員の意見を募り、本研究の報告書における考察や栄養管理体制（スタッフへのコンサルテーションや研修を含める）のあり方について提言、さらに研修用教材の作成に活用した。

6. 研究倫理

協力は本人の自由な意志に任された。録音内容の使用はいつでも撤回でき、その場合はデータが削除される。インタビュー内容には、個人情報に含まれなかった。万一、録音内容に含まれた場合には、委託会社によって逐語録作成時に全て消去されるよう同社の同意を

得た。委員の長瀬が大学内の個人 PC によって IC レコーダーの録音内容を電子媒体化する時に、電子媒体に事業所 ID を交付し匿名化した。インタビューの時間的負担（管理者（ホーム長）40 分、常勤スタッフ各 20 分程度）以外のリスクはなかった。本研究は神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会の承認を得た。

結 果

逐語録からインタビューガイドの各質問に沿って 3 事業所の管理者や職員における発言内容について表にまとめた。当該表に基づきその要点をまとめると以下の通りであった。

（1）低栄養について

- ・低栄養（やせ、食欲低下、脱水、体重減少等）は、入居時、退院後あるいは長期入居者（10 年以上）において問題化しており、摂食嚥下機能の低下や看取りの対応とともに低栄養への対応が迫られてきている。

（2）栄養管理のあり方について

○低栄養のスクリーニングについて

- ・認知症 GH においては、介護職等による体重の記録、食事量が記録されているので栄養スクリーニングを実施することができる。しかし、重度の要介護者については体重測定が困難であることから、車椅子用体重計の設置が必要だが、高額でありスペースもとることから、安価でコンパクトな椅子付き体重計の開発が待たれる。
- ・重度の要介護者に対しては、体重に代わる栄養スクリーニング指標が必要である。
- ・食事量は 10 段階で記録することができるが、提供される食事の全量がすでに通常量の半分になっている場合もあり適切な記録法の習得が求められる。

○低栄養把握後の情報の共有化

- ・認知症 GH 介護職から介護支援専門員に低栄養リスクについての情報を提供することは可能である。しかし、管理栄養士は身近にいないので情報の共有化は難しい。

○管理栄養士による栄養管理のあり方

- ・医療法人が設置する認知症 GH では、法人内の医療機関から管理栄養士による居宅療養管理指導により月 2 回の栄養管理ができる。この場合には、管理栄養士に認知症高齢者に対応できる栄養ケア能力が求められる。
- ・法人内の介護保険施設に所属する管理栄養士による訪問栄養ケアやコンサルテーションについては未だ制度化されていない。
- ・管理栄養士による居宅療養管理指導までは必要ないものの、例えば管理栄養士によるスマートフォン等を用いた食事相談（例えば、食事の前後の写真を送り摂取量や献立につ

いて管理栄養士に相談できるなど)、認知症 GH 入所者への訪問相談、メールや電話等によるコンサルテーション等の取り組みを制度化してほしい。

○認知症 GH の管理者や介護職による栄養管理の取り組み

- ・管理者や介護職は、入居時や退院後に食事を十分に摂取できない入居者が次第に食べられるようになると、食事形態も通常食へ変化し、表情や生活機能が向上していく事例について研修を通じて共有化し、「食べること」の意義を認識することが必要である。
- ・食べることの支援については、一連の生活の流れのなかで取り組むこと、すなわち入居者が介護職と一緒に献立を決め、買い物（食材をみて、さわって）、食事準備や食べることまでの一連の生活支援が入居者の食欲、生活する意欲に繋がることを重視する必要がある。
- ・介護職には入居者の食事時の観察を通じて食べることを障害している問題を把握し、解決するためのケア技術や食事形態の個別化のための料理技術が求められる。
- ・介護職には入居者の食事時の失行、失認に対面して声かけをしながら食べる動作を見せて対応したり、3食のいずれかでみられる欠食や食欲減退に対応したりすることが求められる。

(3) 研修について

- ・管理栄養士には認知症高齢者への対応についての研修が求められる。研修方法としては、講義だけではなく事例紹介や事例検討、体験型実習や臨地研修が必要である。
- ・認知症 GH の管理者、職員に対する現行の認知症研修には栄養に関する内容が含まれていないので、高齢者の食べることの意義、低栄養のスクリーニング、食事時の観察の方法、摂食嚥下機能の低下に対応した調理方法などの研修が必要である。
- ・管理者や職員のなかに栄養リーダーが育成されることが望ましい。研修方法としては、通算1～2時間の研修では内容を十分理解できないため、1日か2日間の集中研修がよい。

(4) その他

- ・栄養管理に関するコンサルテーションに対応してもらえる地域の拠点が必要であり、拠点には管理栄養士の配置や車椅子用体重計が設置されるとよい。

事業所 A 訪問インタビュー概要

<p>概要</p>	<p>沖縄那覇市</p> <p>医療法人</p> <p>法人は街の中で高齢者が暮らせることを大事にした経営方針</p> <p>2事業所各2ユニット（法人3事業所のうち）</p> <p>ホーム長2名 介護職員2名 管理栄養士（病院併設在宅医療センター居宅療養管理指導担当管理栄養士、病院栄養課管理職管理栄養士）</p> <p>管理栄養士による居宅療養管理指導を法人内病院併設在宅センターの管理栄養士（3名）により10月から開始している。</p> <p>介護職は全員非常勤、1日3名、夜1名配置である。食事献立、調理は各事業所の介護職が担当。通所との共用型はない。入居者が食べたいもの、好きなものを一緒に買い物に行くこともある。入居者の年数は3年未満の者もいるが7～9年の長い入居者が多い。</p>
<p>①調査結果についてどう思うか</p>	<p>特になし</p>
<p>②「入居者の低栄養に対する対応はどのようにしたらよいと思われますか？」</p>	<p>○ 3つの事業所の入居者の健康管理については、集団訪問診療週1回、必要な入居者には個別訪問診療週1回、訪問看護週1回を実施してきた。内容は、体重記録は事業所で、集団健診（病院外来に行ける入居者）は3ヶ月に1回採血し血清アルブミン等検査値等を健康チェック、半年に1回または1年に1回はレントゲン撮影、1年に1回はCT、MRIも実施している。なお、訪問リハビリテーション、薬剤師による居宅療養管理指導も実施していた。しかし、管理栄養士による居宅療養管理指導はなかった。</p>
<p>③「管理栄養士・栄養士が関わっていくには、どのようにしたらよいと思われますか？」</p>	<p>○ 平成29年10月から、法人の病院併設の在宅センターに居宅療養管理指導を担う管理栄養士を3名配置し、訪問診療の主治医が指示書を出して居宅療養管理指導を開始した（同一敷地内であるので1回450単位、月2回まで、入居者と法人との個人契約で同意書をもっている）。内容は、体重、体重減少、食事量、摂食状況の把握を行い、個別栄養相談や介護職員への解説と献立や食事形態の調理方法などに対してのコンサルテーションを行っている。</p> <p>○ 介護支援専門員は常勤配置され、管理者がサービス計画作成担当者を兼務している。低栄養あるいは治療食者は、事業所の介護支援専門員が診療所の医師に連絡し、医師が管理栄養士に指示書を出す。</p> <p>○ 対象者は3事業所2ユニット（各18名）で各3名程度、血清アルブミン値3.0g/dlをカットオフ値にしているため、血清アルブミン</p>

	<p>値では対象者がいないので（今後は介護保険施設と同様に 3.5g/dl にすべき）、摂食嚥下障害や治療食者が対象となっている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理栄養士は、医師の指示により事業所を訪問し、介護コンピューターソフトに記録された月報の食事記録（朝、昼、夕の主食、副食）の 5 段階の摂食記録を把握する。 ○ 献立を管理栄養士に写真で送ってコメントをもらう、低栄養の入居者の食事写真（食前と食後）で送ってコメントしてもらう（画像診断）方がよいのではないか。
<p>④「入居者の食事や栄養について不安や困難に思われていますか？」また、「そのための対応策が何かありますか？」</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 摂食嚥下障害（摂食時飲み込みやかき込みの問題）、病院退院直後のお粥から通常の食事への移行の対応が求められている。病院退院前から管理栄養士が対応し、居宅療養管理指導で継続して献立や食事形態の調理方法について介護職員にコンサルテーションしてもらえると食事のバランスもよく、時間をかけても普通に摂食できるようになる。 ○ 病院から事業所に退院してくる場合には、居宅療養管理指導で継続して対応してもらいたい。 ○ 管理栄養士は食前、食中、食後まで入居者について状態を診て、介護職員と課題や情報を共有してほしい。
<p>⑤認知症高齢者のための栄養・食事の対応についてのスタッフ研修</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 居宅療養管理指導の管理栄養士による事業所介護職員の研修を今後実施していきたい。研修は 2 カ月に 1 回ほどとし、介護職員側から出されてきた課題（例えば献立作成など）に対応した研修（例えば介護職による献立発表会と管理栄養士とのディスカッション等）を定期的に提供してもらうようにし、介護職のニーズに対応してもらいたい。（口腔ケア（歯科衛生師）、摂食嚥下（言語聴覚士）の法人内研修はすでに実施） ○ 担当する管理栄養士が若手で居宅療養管理指導の初心者であるので、臨床栄養師研修を早急に受講させたい。 ○ 介護職に低栄養や調理の知識や技術は殆どないので、入居者のニーズを満たしていないと思う。研修でも簡単な実習もしていない。
<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 事業所入居者の食事の摂取量を管理栄養士が把握するのは難しいので、ごはん茶碗 1 杯（おかゆで 100g 程度等、どんぶり、男茶碗、女茶碗で、パンの大きさ）など目安があるとよい。入居者の病院入院時にも把握できるとよい（介護職と管理栄養士とで一緒に写真付きで一覧表を作成するとよい）。 ○ 介護職員には食事摂取量やエネルギー、タンパク質などの摂取量把握は難しいので、体重減少や食欲などの把握をしていきたい（体重

	<p>減少と食欲の把握で十分ではないか)。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 入居者は 1 週間ぐらいでほぼ落ち着いて食事ができるようになるが、場合によっては 1、3、6 ヶ月間適応できない場合もある。 ○ 認知症（ピック病等）は夕方になると落ち込んで晩御飯が食べられなかったり、帰宅願望が出たりする（夕暮れ症候群）、朝食は通常など、様々な食パターンがあるので、個別対応が大切。 ○ ミキサー食や食欲のない入居者であっても、ステーキやトンカツ等好きなものなら食べられる。ウナギも喜ばれる。食べたいものを聞いて個別に対応したり、買い物に一緒に行ったりする。 ○ 入居者を外食のバイキングに連れていくが、ミキサー食の人が、好きな固形のケーキを選んで全く大丈夫であったりする。 ○ 食事を入居者と一緒に食べるのがよい。食べる様子もわかる。 ○ 食事づくりの野菜処理、もやしのひげ取りや味見を一緒にやってもらうことが大事。 ○ みそ汁がうすいと言われて、そうといって、酢を少し入れることもある。 ○ 3 時のおやつは大事にしている（ホットケーキ、お好み焼き、天ぷら、サーターアンダギー（琉球ドーナツ）など）。2 時からレクリエーションで、3 時におやつ、5 時には夕食。 ○ 自己排痰できない入居者もみられるになり、2 時か 3 時以降に歌の時間をつくっている。結果として毎日嚙下の訓練になっている。 ○ 地域性として特別の行事食、お祝い食はラフティー、豚足、入居者に好まれるのはソーキ蕎麦、ゴーヤチャンプル、野菜チャンプル、豆腐チャンプル、にんじんしりしり、クーブィリチーである。刺身は衛生管理上、提供しないが、回転寿司では外食していて、とても喜ばれる。 ○ 体重が 1kg 増えて困るような場合には、主食をゆっくりと減らしている。 ○ 認知症に対する特別な対応としては、まず安心させて不穏な状態にしないこと、言葉掛け、質問したときに肯定することを基本にしている。 ○ 昼夜逆転なども 1 週間位かけて体を動かしたり、ほぐしたり、散歩したり、屋上で景色をみたりして気分転換をはかりながら徐々に調整している ○ 糖尿病、インシュリン利用者はいない。高血圧等の生活習慣病の者はいる。向精神薬利用者はいない。睡眠誘導剤も使用していない。
--	--

	<p>食欲増進の薬を少し使っている者はいる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理栄養士が法人内にいる場合には、低栄養の把握や対応、献立作成などについて、介護職と一緒に研修やディスカッションをしてもらいたい。法人内に管理栄養士がいない場合にもこのような研修体制を整備してほしい。 ○ ケアマネージャーのような栄養マネージャーといった資格もあると、栄養管理体制ができていくのではないだろうか。 ○ 認知症 GH に管理栄養士が関与すると低栄養がよくなるというエビデンスが必要 ○ 認知症 GH は秋津鴻池病院の平井先生が実験的につくったのが最初だが、通常的生活をすところなので低栄養はあまりいないと考えられていたが、入居者の高齢化が進み要介護度の高い者が最近入所しているので低栄養も問題がでてきた。このような高齢者が病院へ入院すると、さらに低栄養が悪い状況になって退院してきている。病院での禁食で体重が急速に減少したり、減塩で低ナトリウム血症になったりする場合もある。 ○ 入院して体重 3kg 減った者もいる。 ○ 入居者の年数は 7～9 年だが要介護度は殆ど変わっていない。 ○ 入居者にまず食べてもらわないと、栄養、体力が保持できない。その他の通所や密着型のサービスも同様。通所の栄養改善加算は取得していない。 ○ 栄養補助食品も在庫を用意していて、若干は利用しているがおいしくないと飲まない場合もある。 ○ 利用者が安心、安全に経口摂取してもらうことが大事なので、管理栄養士が係わってもらえると心強い。今後は、作業療法士や言語聴覚士も強化できるとよい。 ○ 困った場合には、法人の病院のリハビリテーション室に行って相談し意見を求める場合もあるが、言語聴覚士等の専門職にも係わってもらい相談できる体制があるとよい。 ○ 要介護度の重度の入居者をとると経営的によいという制度設計になると認知症 GH の良さはなくなってしまう。自然と高齢化するのはよいが、介護職や入居高齢者が食事づくりをするという普通の生活ができるところがよいところではないか。 ○ 口から食べる楽しみがすごく大事。
--	---

事業所 B 訪問インタビュー概要

<p>概要</p>	<p>京都市</p> <p>社会福祉法人</p> <p>法人は本部において統括され医療法人、社会福祉法人、学校法人を有する。社会福祉法人には、高齢者向け住宅、在宅サービス（医療介護サービスセンター、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、訪問リハビリテーション、デイセンター、地域包括ケアセンターなどを有し、地域密着型サービスとして認知症 GH 他、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、障害者施設などがある。</p> <p>全 65 ユニット（入居者約 585 名）が市内に点在</p> <p>介護事業部管理職（管理栄養士）と GH 事業統括（ホーム長経験者）</p> <p>要介護度 平均 3～4（開設当初は 1～2 であった、最近では 4 に近いユニットもある）</p> <p>医療法人、介護保険施設管理栄養士との連携はない。1997 年社会福祉法人設置、1998 年 GH 開設 2000 年拡大。介護職員 3,000 名、東京でも展開。入居者は、グループ内で移動できることがメリット。</p> <p>関連のかかりつけ医や病院リハ科から医師の訪問による健康管理体制有り。看取りは近隣の診療所に依頼。訪問看護師による健康管理は 1 週間に全入居者に対応。</p> <p>10～15 年の入居者もいる。施設内はバリアフリーになったが、介護予防になるのかという問題もある、生活リハができなくてかえって重度化していく。</p> <p>買い物が困難になっているホームもあり、宅配に頼んでいるところもある。献立をつくっているところもあれば作っていないところもある。冷蔵庫にあるものを確認して家庭の食事と同じ。</p> <p>18 名中 2～3 名はミキサー食がいる。</p>
<p>①調査結果についてどう思うか</p>	<p>○ 平成 23 年にはホーム数も拡大し、病院からの持ち込みの褥瘡が問題になって調査を実施。25 ユニットで 223 名の入居者の 38 名程度 16.9%に褥瘡がみられた。問題は病院だと思われた。エアーマットを入れて対応した。ずっとホームにいる入居者には褥瘡はない。しかし、最近はずっと寝ている人では発生する。開設時には低栄養をみたことがなかった。要介護 1～2 で体重が増えるので、体重コントロールの方だった。食べられるから特に気にならなかった。</p> <p>○ 認知症が進んで、食べられなくなって、そのうち老衰で亡くなるというような理解しかなかった。しかし、重度化した人を病院や・</p>

	<p>在宅から受け入れるようになり、褥瘡や低栄養が問題になっていた。</p> <p>○ 訪問看護師から情報収集できる。健康管理もしている。</p>
<p>②「入居者の低栄養に対する対応はどのようにしたらよいと思われますか？」</p>	<p>○ 体重の測定は月 1 回、食事量は毎日見ているが、車椅子移動で体重測定が困難な人が 1 ユニットに 3~4 名と多くなっている。車椅子体重計を各事業所に設置できない。</p> <p>○ 体重にかわるスクリーニング指標が必要。食欲減退や嚥下障害など、写真で食事の前後をみてもらえるとよいかもしれない。</p> <p>○ 全 65 ユニットで一人事業所に管理栄養士がいてもよいかもしれない。献立の写真での相談や食べた前後比較での食事量、食事形態の対応やコンサルもしてもらえるかもしれない。でも、その費用はどうだすのか。報酬がつかないと。写真での食事診断をして相談してもらおう等。</p>
<p>③「管理栄養士・栄養士が関わっていくには、どのようにしたらよいと思われますか？」</p>	<p>○ 居宅療養管理指導ほどではないが報酬上評価されるとか。栄養相談してもらえる管理栄養士に報酬がつくとよい。その管理栄養士は病院にいるということもあるが、本当は法人内の介護保険施設の管理栄養士が対応してくれると一番よい。</p> <p>○ 介護保険施設の管理栄養士が相談や訪問をしてくれるとよく、そのためには介護保険施設の管理栄養士が複数配置されるのが一番重要だ。次回の改定では是非そうあってほしい。</p> <p>○ 病院の管理栄養士は認知症の高齢者への対応がわかっていないので、介護保険施設の管理栄養士に対応してもらいたい。介護支援専門員に低栄養の情報を繋いでも、うちの場合そこで終わってしまうことが懸念される。</p> <p>○ どうやったら次の栄養食事支援や相談に繋がるのか見えてこない。どこに報酬をつけるか。どうやってアウトカムにつながるか見えない。チャレンジャーの巨大グループから何か始められるかだが。認知症 GH 入居者の低栄養に対応するには居宅療養管理指導の訪問しかなくて、通所にもいけないとなると難しい。やはり施設管理栄養士の併任しかないのではないかな。</p>
<p>④「入居者の食事や栄養について不安や困難に思われていますか？」また、「そのための対応</p>	<p>○ 嚥下障害があるとミキサー食になるが、量が多くなるので食欲は減退する。</p>

<p>策が何かありますか？」</p>	
<p>⑤認知症高齢者のための栄養食事の対応についてのスタッフ研修</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護職は栄養のことは殆ど知らない。介護職の栄養改善に関する一定の研修修了者を評価する仕組みが必要。認知症に対応できる地域に対応できる臨床栄養師研修も必要。 ○ 管理栄養士が認知症 GH を居宅療養管理指導より低い報酬で定期巡回するような報酬制度が必要。 ○ 3 ユニットで管理栄養士 1 名の雇用は無理。一人分の人件費をどうですか。 ○ 職員のリーダーの人たちへの栄養の研修があるとよい。栄養の考え方をリーダーが学んでスタッフに伝えることが必要。研修は半日くらいではだめで、1 日は必要。行政のやる研修でもよい。
<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 口腔ケア、摂食嚥下機能回復だけでは結局は無理。適切な食事の形態が重要。結局、宅配などで購入するのは高いので、食事の個別化を自分たちで作ることになる。現在のホーム報酬は 9 割が人件費なので余裕がない。おいしい食事を出すには食材にもお金がかかる。食事形態に対する報酬評価もあるといい。 ○ 利用者・家族にもホームに入ったら看取りまでというのではなく、関連施設をまわっていくような考え方がないと、入居者回転がうまくいかない。稼働率をどう維持できるかが課題。 ○ 地域圏内に栄養の本拠地（体重測定ができる、栄養相談にのってくれる）があるとよいが、栄養ケアステーションも追いついていない。老健などが訪問リハなどと一緒に在宅訪問栄養の拠点になるといい。

事業所 C 訪問インタビューの概要

概要	神奈川県
	営利法人
	開設 15 年目、県内 4 か所を拠点に認知症 GH、通所介護、居宅介護支援事業を展開 運営理念は管理者によって異なる 宅配が入っている事業所もある
	1 事業所各 2 ユニット（全事業所中） 同市に 4 か所の事業所
	管理者 1 スタッフ 1（フロアスタッフは 22 名うち 2 名常勤、夜勤有、交代で全員食事づくりをしている） 20～70 歳代まで
	<p>平均要介護度 3</p> <p>管理栄養士との協力関係無</p> <p>管理者は入職 13 年、スタッフとして入職し、その後管理者となった。食べることによって自立度が上がる入居者がいることから、食べることを何よりも大事にしてきた。</p> <p>3 か所の診療所からかかりつけ医師が月 2 回訪問診療（入居者個人契約のかかりつけ医）、夜間診療有。医師は、訪問診療時に体重等の記録表をみて食事の指示を出す。ハーフ食の指示が出ている場合もある（2 名ほど）。その他、月 1 回程度、家族が外来（かかりつけ医）に連れていく入居者も 2 名程度いる。この場合には、記録票からの問題があれば、家族に話している。非常勤看護師は週 1 回訪問しバイタルチェックし、24 時間 365 日オンコールで褥瘡や看取りに対応。</p> <p>協力契約している歯科診療所の歯科医師、歯科衛生士が家族との契約によって月 1 回あるいは週 1 回 居宅療養管理指導をしている。</p> <p>当該歯科診療所ではホームの管理職やスタッフに食べる姿勢や咀嚼嚥下状態等の研修もしてくれている。</p> <p>スタッフと入居者が、一緒にチラシや雑誌を見ながら食べたいものや好きなものを選んで献立をたてる。車椅子の人も一緒に近隣の野菜の朝市やマーケットまで買い物に行く（家族の許可が得られている者（7 名中 6 名）。スタッフが 6 名の車椅子の入居者をピストン移動する。野菜等の食べ物に手で触れてもらうことが大切、買い物に行けない人にも手で触れてもらう。食をよみがえらせることにつながる。近所の公園に行っておやつを食べることもある。食事も部分的であっても一緒につくる。入居者は、てんぷらを揚げる、乱切りをする、煮物をつくるなどの行程はできるし、スタッフが教わることもある。スタッフも全員一緒にわいわい言ってご飯を食べて観察するようにしている。</p>

	<p>月に1回は近所に外食に行く。ご飯(米飯)はおいしいことを大事にしている。</p> <p>朝起きるのが遅いと欠食になるが、1日3食のうち1食充実すればよいと考えている。若年の人は80、90歳の人と同じ量では足りない場合もある。</p> <p>入居者の年数は3年未満の者もいるが13年以上の長い者もいる。</p>
①調査結果についてどう思うか	<p>○ 痩せてくる入居者がいる場合は、医師に相談し指示をもらっている。もともと痩せている場合もあり、これも体質か消化不良等の問題があるのか医師に相談している。</p> <p>入院後に痩せていて、食べられない状況にあってもホームに戻って徐々に回復する。ご飯に梅干しや具沢山の味噌汁で回復していく。</p> <p>看取り期にあっても、脱水であっても好きな煮豆だけは食べられて6か月生きられる場合もある。</p>
②「入居者の低栄養に対する対応はどのようにしたらよいと思われますか？」	<p>○ 体重の記録は大事だが、体重測定が危険、または車椅子の場合もある。施設にある体重計はスペースをとり高額でもあるので、10万円以下でコンパクトなものがほしい。</p> <p>○ 身長は測定できない場合には仰臥位で測定している。</p> <p>○ 食事記録は盛り付けた全量を摂取すれば10点としているので、10点満点がほしいとスタッフはつつい頑張って食べさせてしまう。また、ハーフ食も10点で全量摂取に記録される。</p> <p>○ 医師が月の2回訪問診療しているので、記録表をみせて相談し指示をもらっている。もともと痩せている場合もあり、これも体質か消化不良等の問題があるのか医師に相談している。また、刻み食は分量が多くなり食欲減退が起こった場合にはハーフ食にしたらと指示され、傾眠が多くなる者には食事の分量を少なくしてはと言われた。</p>
③「管理栄養士・栄養士が関わっていくには、どのようにしたらよいと思われますか？」	<p>○ 管理栄養士による研修を受けるとよいかとは思いますが、今のところは医師、歯科医師、看護師がいれば対応できている。管理者、職員自身が食事時を観察して姿勢などのアセスメント、食事に対応できる能力を身につけたい。</p> <p>○ 栄養士、管理栄養士の必要性はあまり感じない。食事療法の必要性を感じたこともない。数値は入居期間が長ければ改善されている。</p>
④「入居者の食事や栄養について不	<p>○ 体重の記録は大事で、記録したいが体重測定が危険、または車椅子の場合もある。施設にある体重計はスペースをとり高額でもあ</p>

<p>安や困難に思われていることがありますか？」また、「そのための対応策が何かありますか？」</p>	<p>るので、10万円以下でコンパクトなものがほしい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 食事記録は盛り付けた全量を摂取すれば10点としているので、10点満点がほしいとスタッフはついつい頑張ってしまう。また、ハーフ食も10点で全量摂取に記録される。その人に見合っているのかは分からない。
<p>⑤認知症高齢者のための栄養食事の対応についてのスタッフ研修</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 歯科診療所が開催している研修会で姿勢、摂食嚥下のことなどもっと学びたい。 ○ 今後、入居者の重度化に対応できるように管理者、スタッフが学んでいきたい。そのためにもスタッフが食べるところをみて何を問題としているかアンケートをとりたい。歯科医師に問題対応のアドバイスをもらいたい。 ○ 管理者やスタッフがもっと摂食嚥下への対応ができるようになれば、入院して戻ってきた入居者の段階的な食事支援がうまくできるようになる。 ○ 低栄養がわからないスタッフもいる。 ○ 1年に1回の全スタッフの介護研修で事例紹介もあるが食事についてはあまりない。 ○ とろみ剤の使い方もスタッフは自分で飲んでみて、まずい、口の中にへばりつくこと、満腹感がくることなど初めて理解できるので、体験型の研修が必要。 ○ 今後は食材の元のよさを生かして、できるだけそのままの形でやわらくする方法や嚥下対応できる料理方法を学びたい。ミキサーにかければよい、刻めばよいという考え方を変えていきたい。 ○ スタッフ全員が入居者と相対して食べること、食べ方を見せることによって失行や失認に対応でき、観察もしやすい。 ○ 料理の味も機械を使うときと包丁とでは違うことも体験して理解できる。 ○ 食べることは献立をたてて、買い物に行って、準備して、一緒に食べてという一連の流れのなかで支援されるもの。ミキサーにかかったもの、刻まれたものが何なのか、元の姿がわからないと食べる気にもならない。 ○ はじめは料理ができないスタッフもできるようになる。料理や菓子の学校に行ったりする者も出てくる。入居者が教えてくれる。
<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 食べることの支援を充実させるとスタッフの業務量は増大してしまう。批判が生じないようにすることやリーダーとしての情熱は

	<p>必要である。</p> <ul style="list-style-type: none">○ スタッフ自身が、食べることがどれほど入居者の健康や自立に関係しているか身をもって知ることが大事。最終的に動けなくなっても最後まで食べることは大事。スタッフが食べることと身体の変化を認識することが大事。食は人を良くすると書く、生きていく上で大事とひしひしと感じ取れる。
--	---

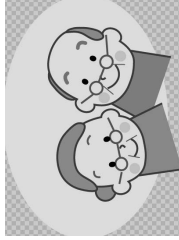
Ⅲ. 提 言

本研究の結果を踏まえて今後の介護報酬改定に向けて以下を提言する。

1. 全国の認知症 GH において、介護職でも実施可能な低栄養のスクリーニング（BMI 及び体重の減少等を把握）を行い、栄養情報を介護支援専門員に伝える取り組みとしては、平成 30 年 4 月より 栄養スクリーニング加算が新設されるが、この取り組みを早急に推進する必要がある。なお、日本健康・栄養システム学会では、その意義や適切な実施方法について研修教材を作成し、当該教材を用いた定期的な啓発研修を 3 年間継続して実施することとしている。
2. 認知症 GH 入居者のうちの低栄養者に関する栄養情報は介護支援専門員やかかりつけ医までの共有化は実施可能であるが、その後管理栄養士に共有化され、適切な栄養管理につなげる方法は、医療機関に所属する管理栄養士による居宅療養管理指導の導入が実現しない限り極めて困難な状況にある。
このため、次回の介護報酬改定に向けて、次の 2 つ事業に日本健康・栄養システム学会は取り組むこととしている。
 - 同一法人内の医療機関、介護保険施設等、あるいは法人外の事業所に所属する管理栄養士による訪問相談や電話・メールなどを用いたコンサルテーションの体制づくりや実践活動に取り組む事業所づくりを推進する。
 - 認知症 GH の管理者、介護職が実施可能な低栄養への対応として、食事中の観察からの課題把握や課題解決のための支援方法、簡便でおいしい食事調整食の料理方法等について、啓発研修を 1～2 日間程度実施することとしている。その際、本事業により作成された研修教材を活用する。
3. 1、2 の啓発活動における認知症 GH における栄養管理の推進にあたっては、食べることの楽しみの充実をめざす観点から、一連の食事に係る生活の流れ（献立作成、買い物、食事づくり、後片付け等への参加）や認知症の食事中の兆候・症状への適切な対応を重視することが重要である。
4. 1～3 の啓発活動の 1 年後には評価検証に関する研究を行い、得られたエビデンスと開発した実践活動モデルを提案し、3 年後の介護報酬改定における認知症 GH における栄養管理の体制と取り組みの推進に貢献する。

IV. 研 修 教 材

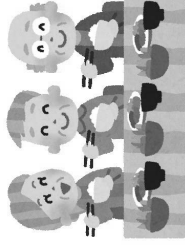
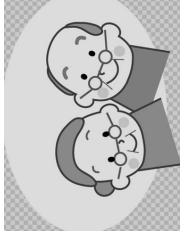
認知症対応型共同生活介護 における栄養管理



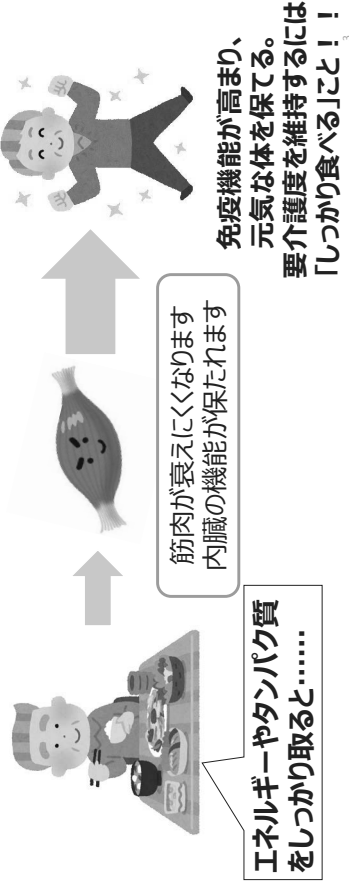
1

もくじ

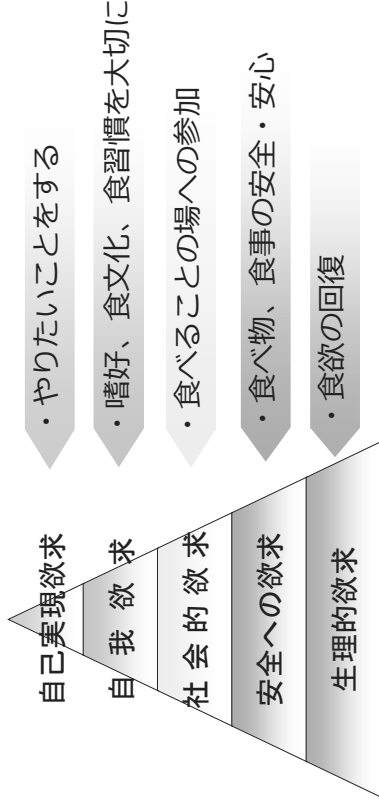
- ◆ 高齢者にとっての「食ること」への支援のポイント
- ◆ 高齢者の「食ること」への支援のポイント
 1. 栄養の把握
 2. 食事を奨励
 3. しっかりと食べるカンパウ質を十分に摂取
 4. 低栄養のおそれはありませんか？
 5. 栄養のバランス
 6. 水分をしっかりと摂取
 7. 飲み込む力が弱くなっていませんか
- ◆ 食事の観察（ミールラウンド）から低栄養が改善された例
- ◆ 認知症による食べ方の変化に伴う食事のポイント
 1. 認知症による食べ方の変化について
 2. 認知症による食べ方の変化と食事ケア
 - ① 睡眠 ② 食事中の失認 ③ その他の例
- ◆ 栄養が不足していないか食事内容を確認してみましょう
- ◆ 安全な食事の提供（食中毒予防）
- ◆ 飲み込むことや噛むことが難しい方への簡単レシピ



高齢者にとって「食ること」はこんなに大切！



「食ること」を考えてみる



マズロー（A.H. Maslow, 1908-1970）の欲求五段階論

4

高齢者の「食べること」へ支援のポイント

5

1. 低栄養の把握 : 認知症GHにおける低栄養のスクリーニング

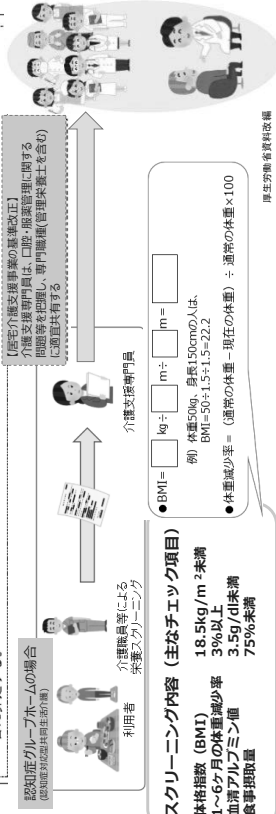
① 通所・居住系サービスにおける栄養改善の取組の推進

○ 管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合は、栄養改善の取組を推進する。

「栄養スクリーニング加算 5 単位/回 (新設)」

(主な算定要件)

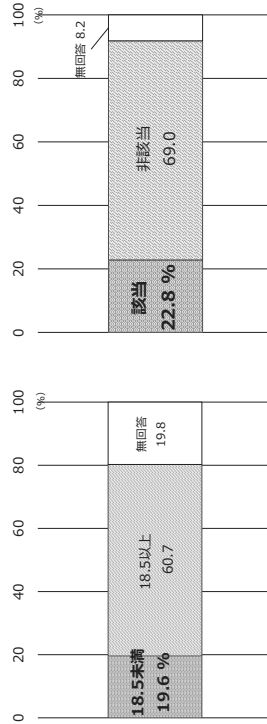
- サービス利用者に対し、利用開始時及び利用中6か月ごとに栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報(医師・歯科医師・管理栄養士等への相談記録を含む。)を介護支援専門員に文書で共有した場合は算定する。



6

認知症対応型共同生活介護の入居者の低栄養状態

- BMI 18.5kg/m²未満の入居者の割合は19.6%であった
- 体重減少率が3%以上の入居者の割合は22.8%であった



対象：個別調査票に回答のあった入居者3,534名

対象：個別調査票に回答のあった入居者2,993名
 (調査日の6か月間の時点に入居していた方)

図：BMIが18.5kg/m²未満の入居者の割合

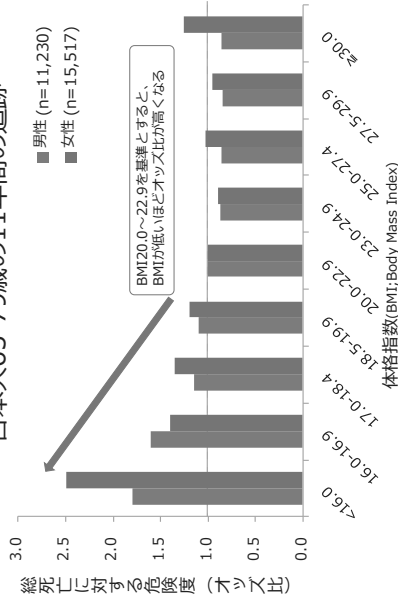
図：6か月間の体重減少率3%以上の入居者の割合

出典：平成20年度老人保健福祉推進事業「認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」
 出典：一般社団法人日本介護・栄養士協会

7

高齢者の低体重と総死亡率

日本人65-79歳の11年間の追跡

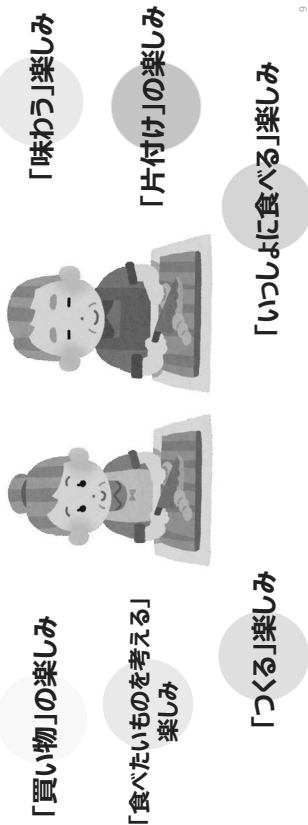


Tamakoshi A.S., Obesity (Silver Spring, 2010; 18:362-9) 印刷版

8

2. 食事を楽しむ～楽しんで食べましょう～

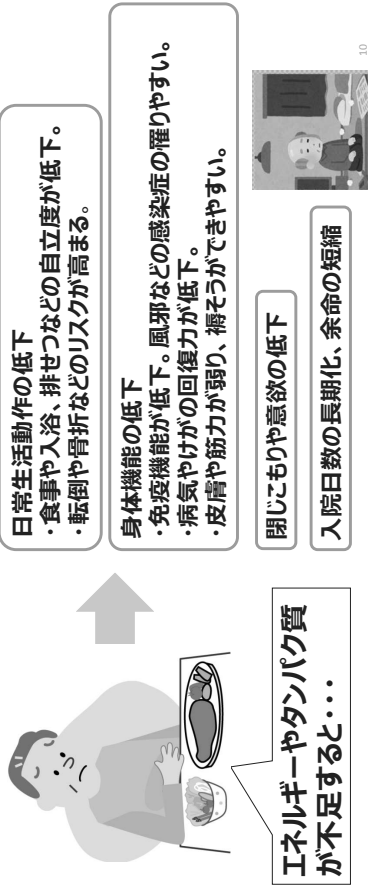
「食べる」ということは、栄養をとることだけが目的ではありません。皆で一緒に食べることで食事がおいしくかんじられるもの。もっと食事を楽しんで食べましょう。



9

3. タンパク質を十分に摂取

エネルギーやタンパク質が不足するとどうなるの？



10

4. 低栄養と関わりのある要因のチェック

身体状況	1 この6ヶ月間に、以前と比べて体重が減少(5%以上が目安)している。
入院・薬剤	2 歯や口腔、飲みこみの問題がある。
	3 最近、入院・手術などを経験した。
食習慣	4 1日に5種類以上の薬を飲んでいる。
	5 1日に食事が2食以下。
	6 主食(ごはんなど)を食べる量が少なくなってきた。
身体活動 メンタルヘルス	7 主菜(肉、魚などのおかず)を食べる量が少なくなってきた。
	8 牛乳・乳製品をあまり食べない。
	9 日常的に体を動かさなくなってきた
	10 食べる気が低下または楽しいと感じていない。

※参考文献：平成15年「高齢者のためのユー・エヌ・エス」に「高齢者の栄養管理」(第一出版) 11

5. 栄養の内容～1日に何を、どれだけ食べたらよい？～



12

食事内容を確認してみましょう

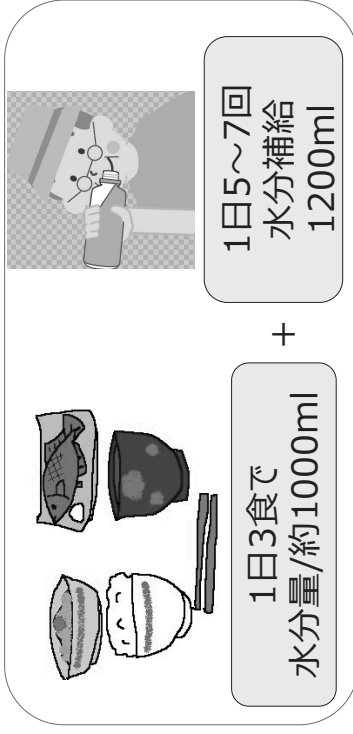
1. 食事回数
1日に3回の食事が基本ですが、1回に多くの量が食べられない場合には、食事の回数を増やしましょう。間食も有効です。
2. 肉、魚、豆類、卵の摂取
これらの食品を主とした料理（主菜）を3回の食事で毎食摂るようにしましょう。プリン、チーズ、ヨーグルトなどは間食となる手軽なタンパク質食品です。
3. 野菜や果物の摂取
野菜を主とした料理（副菜）を毎回の食事で1〜2皿摂るようにしましょう。買物や調理の負担が少ない半処理野菜（皮むき、カット野菜、レトルト食品、冷凍、缶詰）の利用などもお勧めです。
4. 牛乳・乳製品、豆乳の摂取
調理が不要で、軟らかな形態が多いので、高齢者にも適した食品です。コーヒー、ココア、紅茶、抹茶、果実酢などをいれると飲みやすくなります。
5. 水分の摂取
高齢者は口渇感を感じにくくなることと、お手洗いが近いことや尿漏れを気にして水分の摂取量が少なくなりがちです。水分の摂取不足は、夏には熱中症のリスクとなります。1日に最低でも5杯（食事時に1杯を3回と食事間で2杯）は水分を飲むようにしましょう。

介護予防マニキュアル（改訂版：平成24年3月）第4章 栄養改善マニキュアル本文より

13

6. 水分をしっかりと摂取 ～脱水症を予防しましょう～

飲む水分補給だけでなく、食事が十分に摂れていないと、脱水症を起こしやすくなります。



14

7. 飲み込む力や噛む力が弱くなっていませんか

次の項目をチェックしてみましょう

飲み込む力が弱くなっていての方

- むせやすい

噛む力が弱くなっていての方

- 硬い食べ物を避ける
- 硬い食べ物が口の中に残る
- 噛まずに飲み込む

飲み込む力や噛む力は

個人差があるので、

一律な対応ではなく、

確認が必要です。

15

食事の観察（ミールラウンド）から
低栄養が改善された事例

16

低栄養の改善例① 食べる意欲が無い人への対応

本人への聞き取り調査では「聞き取れず」

- (原因1) 退院後まもなくの入居で周りに慣れていない
- ◆ 対処1：話しかけ、表情を引き出す

家族への聞き取り調査を実施

- 入院中の食事形態、好きな食べ物、調理法、味付けを聞き取る
- ◆ 対処1：入院中の食事形態での提供を行う
- ◆ 対処2：好物を少量から提供するようにする
- ◆ 対処3：徐々に量や種類を増やす、食事形態を変更する

改善

好物を食べるときは微笑むようになる。食べる量が増えた。

17

低栄養の改善例② むせやすい、食べることを嫌がる

姿勢を確認すると

- (原因1) 座位が保持できない
- ◆ 対処1：テーブルの高さを調整する
- ◆ 対処2：椅子の足元に台を置き、足が踏ん張れるようにする
(車椅子でもフットレストではなく、床に足がつくようにする)

口腔内を観察すると

- (原因1) 口腔乾燥がみられる
- ◆ 対処1：食前の口腔ケア、保湿を行う
- ◆ 対処2：水分にうすいどろみをつける

改善

食事中にむせることが減った。食欲が増し、食べる量が増えた。



新たな病棟・施設経営における栄養ケア・マネジメントの再生—平成27年度介護保険制度改革とその後の経過—(第2版) 一般社団法人 日本健康・栄養システム学会, 2015 (改題)

低栄養の改善例③ 硬い食べ物や酢のものを嫌がる



口腔内を観察してみると

- (原因1) 入れ歯が外れやすくなっている
- ◆ 対処1：歯科受診をして入れ歯の調整を受ける
- ◆ 対処2：ソフト食を提供する
- (原因2) 歯肉が傷ついている
- ◆ 対処1：歯科受診をして口腔ケアを受ける
- ◆ 対処2：歯肉が治るまで、酢のものの味つけを変える

改善

入れ歯が合うようになり、普通の食事でも食べられるようになった。歯肉の傷が治り、酢のものを嫌がらなくなった。

新たな病棟・施設経営における栄養ケア・マネジメントの再生—平成27年度介護保険制度改革とその後の経過—(第2版) 一般社団法人 日本健康・栄養システム学会, 2015 (改題)

低栄養の改善例④ 食事に時間がかかり、疲労する



口腔内を観察してみると

- (原因1) 口腔内食物残渣がある
軟らかい食材の口腔内残渣はなかった
- ◆ 対処1：歯科受診をして口腔ケアを受ける
- 摂食・嚥下を観察してみると**
- (原因2) 長時間口腔内に食物を溜め込んでいる
咀嚼に時間がかかり、疲弊してしまう
- ◆ 対処1：口腔内の残渣が多くみられた葉物野菜や魚のみの食事形態を見直す
- ◆ 対処2：水分はお茶ゼリーにする、汁物にとろみをつける

改善

食事時間が30分ほどになり、疲労による姿勢崩れなく食べられるようになった。

新たな病棟・施設経営における栄養ケア・マネジメントの再生—平成27年度介護保険制度改革とその後の経過—(第2版) 一般社団法人 日本健康・栄養システム学会, 2015 (改題)

認知症による食べ方の変化

21

1. 認知症による食べ方の変化について

認知症が進行すると、それに伴う周辺症状が出現することがあります。

食事の際に、食べ方や食事の残り方、体重の変化などに気をつけて、右のような変化が現れたら、変化に応じた食事の援助をしましょう。

(例)	
食事の後半に眠り込む	(傾眠)
白いご飯が認識しにくい	(失認)
食事の後半に全部湿せる	(失認)
近くの皿しか食べない	(失認)
肉が残ることが多い	(拒食、偏食)
みそ汁に毒が入っている	(妄想)
隣の人の食事に手を出す	(盗食)
食事中何度も立ち上がる	(徘徊、多動) 等

22

2. 認知症による食べ方の変化と食事ケア①・傾眠

観察の要点	対応する栄養・食事ケアの内容例
・食事時にうとうとしている	覚醒を促すため声かける
・食事時に意識の湿濁がみられる	覚醒を促すためのボディタッチ
・食事時に閉眼している	声かけして覚醒状態を確認し自力摂取を促す。または食事介助する。
	食事時間を覚醒時に変更する
	薬剤の確認し副作用の可能性を報告する

平成21年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健制度推進等事業費）施設及び居宅高齢者に対する栄養・食事ケアのマネジメントに関する研究（委員長 井形昭弘）「認知症を有する高齢者への栄養ケア・マネジメント（食生活支援を目的）」研究班長杉山みづ子、副班長田中和廣）より

23

2. 認知症による食べ方の変化と食事ケア②・食事中の失認

観察の要点	対応する栄養・食事ケアの内容例
・食事であることが分からない	「食事ですよ」と声かけをする
・食事を混ぜ合わせる	声かけをしながら一皿ずつ順番に提供する
・食器や食品で遊ぶ	スプーンや箸を直接持たせて最初の一口を食べてもらう（介助して食べてもらう）
・食べたことを忘れる	食事時間を知らせる
・食器の位置や食品との位置関係が分からない	食器の色を変更する

平成21年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健制度推進等事業費）施設及び居宅高齢者に対する栄養・食事ケアのマネジメントに関する研究（委員長 井形昭弘）「認知症を有する高齢者への栄養ケア・マネジメント（食生活支援を目的）」研究班長杉山みづ子、副班長田中和廣）より

24

2. 認知症による食べ方の変化と食事ケア③・・・その他の例

認知症の徴候・症状	対応する栄養・食事ケアの内容例
異食	対象者の行動範囲に容易に手に取れるものは極力置かないようにし、異食ができない環境を整えるなど。
盗食	盗食しないよう見守り、声かけ。机をはなす、椅子の向きをかえるなどの環境整備。
徘徊	落ち着いて食事ができる環境整備、声かけ、本人が落ち着くまで先に自由に歩き回ってから食事に誘導。
失行	食事動作を見直し、食べやすいように使っている食具や食車の形態を見直し、動作の訓練をおこなう。食べやすい大きさを手をつかみやすいおにぎりを提供するなど。
拒食	あせらずゆったりとした気持ちで食事を勧める。本人が落ち着く雰囲気や環境を整える。好みの食べ物を提供してきっかけをつくるなど。
過食、早食い	断えをよく傾聴する。詰め込み・早食いは窒息や誤嚥等の事故につながるからやりやすいため見守り注意が必要。小さなスプーンを使ったり小分けにして提供するなど配膳方法や食事環境の調整。声掛けて食べるペースを落ち着かせるなど。
興奮、大声	断えをよく傾聴する。興奮状態をなだめるよう声かけをして落ち着かせる。落ち着いている時間帯に食事を提供するようにする。静かな別室を用意して、落ち着く環境を提供するなど。
暴言、暴力	

高齢者の誤嚥・誤嚥性肺炎・嚥下障害、認知症、エンディング・オブ・ライフの栄養ケア・マネジメント「食べることを支援するために（初稿）」

058-63-一般社団法人 日本認知症看護協会、2009

平成21年度老人保健事業推進費助成金（老人保健事業推進費助成金）施設及び居宅等施設に於ける栄養・食事が一歩のマネジメントに関する研究

（委員長 井形昭弘）「認知症を有する高齢者への栄養ケア・マネジメント（食生活支援を含む）」（研究員 杉山みち子、副研究員 中川美）より

25

食事内容を確認してみましよう

26

食事内容を記録してみましよう

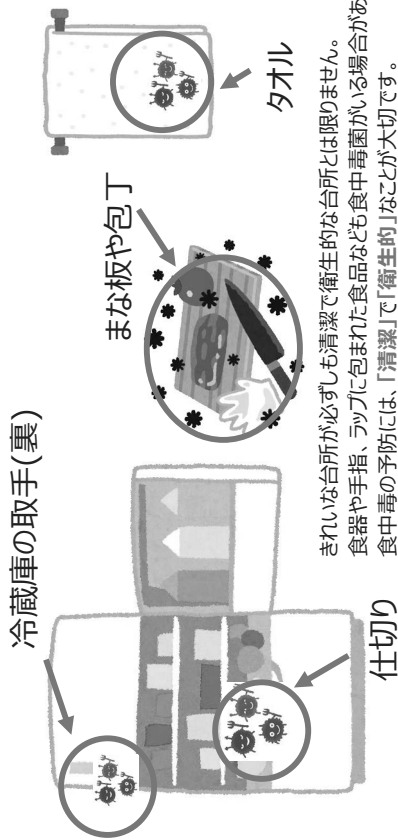
食事は主に、いつ、どんなものを食べていますか？（たとえば、昨日はどうでしたか？）

食事時間	主食		主菜		副菜		その他	
	ごはん、パン そば、うどん など	魚・肉料理 湯豆腐、卵焼き など	けんちん汁 サラダ ほうれん草お浸し など	果物 牛乳・ヨーグルト など				
朝								
昼								
夕								
間食								

介護予防マニュアル（改訂版）（平成24年3月）第4章 栄養改善マニュアル（別添資料4-2 食事内容の記録（例）より）

27

食中毒を予防しよう ～台所には細菌がいっぱい！～



きれいな台所が必ずしも清潔で衛生的な台所とは限りません。食器や手指、ラップに包まれた食品なども食中毒菌がいる場合があります。食中毒の予防には、「清潔」で「衛生的」なことが大切です。

28

噛む力が弱い方への簡単メニュー

レンジで簡単やわらかご飯 (1人分)エネルギー 202kcal タンパク質3.1g 塩分0g

材料 (1人分)
ごはん 120g
水 30cc

つくり方
① ごはん、水をすべて器に入れて混ぜ、ラップをかけて電子レンジで2~3分加熱する。

パン粥 (1人分)エネルギー 194kcal タンパク質7.3g 塩分0.5g

材料 (1人分)
耳なし食パン(8枚切り) 25g (1枚)
牛乳 150cc
砂糖 7g

つくり方
① 食パンを3cm角に切る。
② 鍋に牛乳を入れ、人肌程度に温める。
③ ②に①を加え、ヘラでかき混ぜながら、弱火で煮る。
④ ③に砂糖を加え沸騰直前に火を止め皿に盛る。

ひとことメモ

- 噛む力が弱くなったら
- 硬い食べ物を軟らかくする。薄切りにする。→弱い力で噛めます
 - × 硬い食べ物を刻む。→噛みにくく、むせやすくなる危険です

20

飲み込むことに注意が必要な方の水分補給レシピ

お茶ゼリー

アレンジ：コーヒゼリーや紅茶ゼリーなど同じように作ります。



材料 (4人分)
ゼラチン(クックゼラチン) 1袋(5g)
水 100ml
麦茶など 200ml

つくり方
① 水にゼラチンを振り入れて溶かす。
② ①を加熱する。
③ 80℃になったら 型に流し入れて冷蔵庫で冷やし固める。

牛乳ゼリー

(1人分)エネルギー 56kcal タンパク質3.7g 塩分0.1g

材料 (4人分)
ゼラチン(クックゼラチン) 1袋(5g)
牛乳(80℃以上) 300ml
砂糖 大さじ3

つくり方
① 鍋に牛乳と砂糖を入れて火にかけ、砂糖が完全に溶けたらゼラチンを振り入れて溶かす。
② ①を沸騰しないように加熱する。
③ ②を型に流し入れて冷蔵庫で冷やし固める。

30

口から食べる楽しみへの支援の充実を目指して

- 体重測定を定期的にして低栄養を把握したら介護支援専門員等に情報提供しましょう。
- その人の身体状況、栄養状態、嗜好等に合った食事は、心身の安定や生活の充実につながります。
- 食欲や栄養状態は、既往歴や認知症の進行度合いによって変化します。
- 定期的な体重測定、嚥下状態、嗜好等に注意し、多職種で工夫しながら適切な食事の支援をしましょう。

31

平成29年度老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分） 『認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する調査研究事業』

研修教材「認知症対応型共同生活介護における栄養管理」

和原 涼子 東京家政大学 家政学部栄養学科 教授
大原 里子 東京医科歯科大学 歯科医学科 非常勤講師
郊部 康子 社会福祉法人親善福祉協会 介護老人保健施設 リハビリパーク舞岡栄養課
田中 和美 神奈川県大和市役所 健康づくり推進課 係長
藤川 亜沙美 神奈川県立保健福祉大学 特別研究生
堤 亮介 平成医療福祉グループ 栄養部
社会福祉法人 兵庫福祉 介護老人福祉施設
長瀬 香織 神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部栄養学科助教
長谷川 未帆子 神奈川県大和市役所 健康づくり推進課 管理栄養士
高田 健人 神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部栄養学科助教
高田 和子 国立研究開発法人 医薬基盤 健康・栄養研究所
栄養ケア・マネジメント研究室長 (ヒアリング調査小委員会小委員長)
神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部栄養学科教授 (大学院兼任)

杉山みち子

32

1 認知症対応型共同生活介護における栄養管理

2 目次 この教材の目次です。

3 高齢者にとって「食べること」はこんなに大切・・・からはじめましょう。

「食べること」は健康の基本です。毎日の食事により、エネルギーやタンパク質をしっかりとり、筋肉が衰えにくくなり、内臓の機能が保たれ、免疫機能が高まり、日常生活を営むための元気な身体を保てます。口腔や嚥下機能の低下、認知機能の低下で食べ物や食べ方がわからない、食欲がないなどが原因で食べる量がへってくると、体重が減少して、やせて低栄養になります。低栄養は、健康な生活活動への危険信号です。健康な生活活動を維持するには、「しっかり食べる」ことが大切です！ 高齢者にとって「食べること」は楽しみや生きがいとなり、健康でいられるためにもとても重要です。

4 「食べること」を考えてみる

マズローの要求五段階説に従って、「食べること」を考えてみると、生理的欲求としての食欲は、人が生きる基本的な欲求であるので、食欲の回復や場合によっては食欲を軽減するための支援が必要となります。

次の安全への欲求は、食べ物や食事の安心・安全を求める欲求のことです。食べ物の入手や準備に困難を感じることで、誤嚥の危険があると不安になり、食品・食事の管理環境が不衛生になると安心して食べることができません。

社会的欲求は、人が食事を楽しみ、食事を通じたコミュニケーションを図ることへの欲求です。

自我欲求は、その人自身の嗜好、食文化、食習慣など、その人自身が長い間に培ってきた、あるいは、親から子へ、子から孫へと継承されてきたこれらの本人や家族の個性が尊重されることへの欲求です。

自己実現の欲求は、人が生涯にわたりもち続けることになる「やりたいこと」をして自己実現を図りたいという欲求のことです。

その人が持っている「食べること」に関する欲求を満たし、「食べることの楽しみ」を大切に支援するという理念のもとに取り組むことが重要です。

5 次は、高齢者の「食べること」へ支援のポイントです

6 1. 低栄養の把握です。

高齢者に低栄養の危険があれば、介護職員が心配であったり、困っている身体状況、栄養状態、食事の情報を介護支援専門員に伝えましょう。平成30年からは栄養スクリーニング加算によって管理栄養士以外の介護職員等により評価されます。これによって、かかり

つけ医による診療や管理栄養士による栄養ケア、栄養相談、あるいはコンサルテーションに繋げていきましょう。

スライドのように低栄養の危険信号を知るためには定期的な体重測定が大切です。体格指数の BMI (18.5kg/m^2 未満) や体重の記録を続けて計算した体重減少率 (1~6 か月の体重減少率 3%以上) を低栄養のスクリーニングに用います。BMI や体重減少率はスライドのような計算式で算出できます。

7 認知症対応型共同生活介護の入居者の低栄養状態

本調査研究事業において、認知症グループホームにおける低体重者の割合は、対象者 2,993 名中 19.6%であり、半年間での体重減少率が 3%以上であった者が 22.8%となりました。およそ 5 人に 1 人の割合で低栄養のリスクがある者がいる現状が明らかとなりました。

8 高齢者の低体重と総死亡率

スライドには高齢者の低体重と総死亡率の関係をお示しました。高齢者の標準となる体格である BMI20.0~22.9 を基準とすると、BMI が低くなる、つまり痩せている人ほど、死亡するリスクが高くなるということが明らかとなっています。

9 2. 食事を楽しむ～楽しんで食べましょう～

「食べる」ということは、栄養をとることだけが目的ではありません。一連の食べる生活行為において、「買い物」の楽しみ、「食べたいものを考える」楽しみ、「つくる」楽しみ、「味わう」楽しみ、「片付け」の楽しみ、そして皆で「一緒に食べる」楽しみによって食事がおいしく感じられます。食事を楽しんで食べましょう。

10 3. タンパク質を十分に摂取

食事がとれなくてエネルギーやタンパク質が不足すると、食事や入浴、排泄などの日常生活動作の低下や身体機能の低下、閉じこもりや意欲の低下、さらには入院日数の長期化および余命の短縮にもつながるおそれがあります。

11 4. 低栄養と関わりのある要因のチェック

1~10の項目で、あてはまる番号が一つでもある場合は、低栄養の原因となっていることがあります。低栄養のスクリーニングと合わせて関連する要因がないかチェックしてみましょう。

12 5. 栄養の内容～1日に何を、どれだけ食べたらよい?～

主食はごはんやパン、麺類などを指し、毎食1品用意しましょう。一日のエネルギーの基本となる炭水化物を多く含みます。主菜は肉や魚、卵、大豆製品(豆腐・納豆など)を

指し、毎食1品用意しましょう。主にタンパク質を多く含み、体を構成するものになります。副菜は野菜や海藻、きのこなどで、一日に4～5皿が理想です。ビタミンやミネラルを多く含み、体の調子を整えてくれます。汁物は味噌汁など一日2杯です。

そのほかに、一日1回、果物や乳製品をとりましょう。間食にしてもよいですね。

13 食事内容を確認してみましょう

この「5. 栄養の内容～1日に何を、どれだけ食べたらよい?～」を見て、このスライドと合わせ食事内容を確認してみましょう。足りない物はありませんか。次の「6. 水分をしっかりと摂取～脱水症を予防しましょう～」の内容とともに再確認してみましょう。

14 6. 水分をしっかりと摂取～脱水症を予防しましょう～

飲料として水分が摂取できていても、食事が十分にとれていないと、脱水症を起こしやすくなります。食事中にも水分が含まれているのです。一日3食でおよそ1,000mlの水分量になります。このほかに飲料として、こまめに水分補給をしましょう。一日5～7回1,200mlが目安です。

15 7. 飲み込む力や嚙む力が弱くなっていませんか

むせやすくなった方は、飲み込む力が弱くなってきています。硬い食べ物を避けたり、硬い食べ物が口の中に残ったり、嚙まずに飲み込んだりしている方は、嚙む力が弱くなってきています。飲み込む力や嚙む力は個人差があります。すべての人に同じように対応するのではなく、一人ひとりの様子を確認することが大切です。

16 食事の観察（ミールラウンド）から低栄養が改善された事例について解説します

17 低栄養の改善例① 食べる意欲が無い人への対応

この方の場合、食べる意欲が無いことの原因として、病院から退院後まもなくの入居で、周りに慣れていないことが考えられたため、話しかけ、表情を引き出すようにしました。本人に聞き取りができないため、家族へ入院中の食事形態や好きな食べ物、調理方法、味付けを聞き、入院中の食事形態での提供を行うこと、好物を少量から提供するようにし、徐々に食事の量や種類を増やしました。食べ方を確認しながら食形態を変更する対応をしました。結果、好物を食べるときは微笑むようになり、食べる量が増えた一例です。

18 低栄養の改善例② むせやすい、食べることを嫌がる

姿勢を確認すると、座位が保持できていませんでした。テーブルの高さを調整する、椅子の足元に台を置き、足がつき踏ん張れるように対応しました。また、口腔内を観察すると、口腔乾燥がみられたため、食前の口腔ケアと保湿を行い、水分にはうすいとりみをつ

けることにしました。その結果、食事の中のむせが減り、食欲が出て食べる量が増えました。

19 低栄養の改善例③ 硬い食べ物や酢のものを嫌がる

口腔内を観察してみると、入れ歯が外れやすくなっていました。歯科受診をして、口腔ケアを受けるようにし、その期間中の食事形態はソフト食を提供しました。また、歯肉が傷ついていたので、歯肉が治るまで、酢のものの味付けを変えて提供しました。その結果、入れ歯が合うようになり、普通の食事もとれるようになりました。歯肉の傷が治り、酢のものを嫌がらず食べられるようになりました。

20 低栄養の改善例④ 食事に時間がかかり、疲労する

口腔内を観察してみると、口腔内に硬い食べ物の残りカスが見られたので、歯科受診をして、口腔ケアを受けることとしました。摂食・嚥下を観察してみると、長時間口の中に食べ物を溜め込んでいる様子が見られ、噛むことに時間がかかり、疲労してしまうことが考えられました。口の中でまとまりにくい葉物野菜やパサつく魚などの食事形態を見直し、水分はお茶ゼリーにする、汁物にとろみをつけて対応することとしました。その結果、食事時間が30分ほどになり、疲労による姿勢崩れなく、食べられるようになりました。

21 次は、認知症による食べ方の変化に伴う食事のポイントです

22 1. 認知症による食べ方の変化について

認知症が進行すると、それに伴う周辺症状が出現することがあります。食事の際に、食べ方や食事の残り方、体重の変化などに気をつけて、例のような変化が現れたら、変化に応じた食事の援助をしましょう。

23 2. 認知症による食べ方の変化と食事ケア①・・傾眠

傾眠では、認知症の進行とともに夜間の不眠や日中のうたた寝が増加する傾向にあり、身体機能の衰え、食事環境、疲労も要因になります。これは脳血管性認知症、アルツハイマー型認知症ともに見られます。傾眠はその日の体調や時間帯と関連することが多いため、他職種からの聞き取り、記録から適切に把握し、食事への影響を評価することが重要です。

24 2. 認知症による食べ方の変化と食事ケア②・・食事中の失認

食事の失認では、視覚機能が損なわれていないにもかかわらず、食器・食べ物等の対象物を食事として理解することができなくなります。空間における物と物との位置関係が理解できなくなるのは、アルツハイマー型認知症によく見られます。食事の失認のアセスメントの要点は、食事に視線が向かない、介助しないと食べられない、食器具が認識できない等は食事時の観察、介助状態に関する担当者からの聞き取り等から把握し、食事量

等の変化を評価することが重要です。

25 2. 認知症による食べ方の変化と食事ケア③・・・その他の例

その他の例として、異食、盗食、徘徊、失行、拒食、過食・早食い・詰め込み・丸呑み、興奮・大声・暴言・暴力などの認知症の徴候・症状が挙げられます。

26 栄養が不足していないか食事内容を確認してみましょう

27 食事内容を記録してみましょう

食事は主に、いつ、どのようなものを食べていますか？昨日の朝食、昼食、夕食、間食はどうだったかを思い出し、「5. 栄養の内容～1日に何を、どれだけ食べたらいい？～」を参考に、主食、主菜、副菜、その他に分けて書き出してみましょう。

28 食中毒を予防しましょう～台所には細菌がいっぱい！～

食器や手指、ラップに包まれた食品などにも食中毒菌がいることがあります。食中毒予防には、「清潔」で「衛生的」なことが大切です。

29 噛む力が弱い方への簡単メニュー

1人分のやわらかご飯とパン粥が簡単に作れる方法をご紹介します。また、噛む力が弱くなったら、弱い力でも噛めるように硬い食べ物は軟らかく煮込んだり、薄切りにしたりすると良いです。硬いからといって、細かく刻んでしまうと、噛みにくくむせやすくなり危険です。

30 飲み込むことに注意が必要な方の水分補給レシピ

お茶ゼリー、牛乳ゼリーのレシピをご紹介します。

31 口から食べる楽しみの支援の充実を目指して

最後に、その人に合った食事は、身心の安定や生活の充実につながります。食欲や栄養状態は、既往歴や認知症の進行度合いによって変化します。定期的な体重測定、嚥下状態、嗜好等に注意し、ご自分の施設の特長を生かしながら、多職種で工夫しながら口から食べる楽しみの支援の充実を目指して支援をしましょう。

調查票一式

「認知症グループホームの栄養・食事の実態調査」

※ グループホームの管理者（ホーム長）または担当職員が記入してください。

I. 概要

問1 記入日を数字で記載してください。

2017年（ ）月（ ）日

問2 記入者はどなたですか？あてはまる番号1つに○をつけてください。

①管理者 ②管理者以外の職員

II. 貴グループホームの概要（記入日時点の状況）

問1 事業主体について、あてはまる番号1つに○をつけてください。

① 社会福祉法人 ② 医療法人 ③ 営利法人 ④ NPO法人 ⑤ その他

問2 ユニット数と入居者数を、数字で記入してください（認知症対応型共同生活介護の分のみ）。

ユニット数：（ ）ユニット 入居者：（ ）人

問3 要介護度別の入居者数を数字で記入してください。

要支援1（ ）人 要支援2（ ）人 要介護1（ ）人 要介護2（ ）人
要介護3（ ）人 要介護4（ ）人 要介護5（ ）人

問4 認知症高齢者の日常生活自立度別の入居者数を数字で記入してください。

自立（ ）人 I（ ）人 IIa（ ）人 IIb（ ）人
IIIa（ ）人 IIIb（ ）人 IV（ ）人 M（ ）人 不明（ ）人

問5 グループホームのスタッフの人数を数字で記入してください。

常勤職員（ ）人 非常勤または兼任の職員（ ）人 ボランティア（ ）人

次ページへ続きます

問6 グループホームのスタッフのうち、下記の資格を持つ人数を数字で記入してください。
(いない場合は0人と記入してください)。

介護福祉士 () 人 看護師・准看護師 () 人 栄養士^a () 人

a. 管理栄養士を含む

問7 同じ法人内で栄養士^aが常勤している施設（グループホームと同一市町村内）はありますか？
あてはまる番号1つに○をつけてください。

① ある ② ない ③ わからない

↓
栄養士^aが常勤している施設の種類について、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

① 特養 ② 老健 ③ 病院・診療所 ④ その他

a. 管理栄養士を含む

Ⅲ. 入居者の食事・栄養について（※記入日までの1か月間の状況をお答えください）

問1 全入居者についてグループホーム内で測定された体重の値を1回以上記録していましたか？
あてはまる番号1つに○をつけてください。

① 記録していた（最近1か月で1回以上） ② 記録しなかった

問2 献立はグループホームで作っていましたか？あてはまる番号1つに○をつけてください。

① はい（食事の8割以上は献立を作成） ② いいえ（8割未満）

↓
献立づくりは主にどなたが担当していましたか？あてはまる番号1つに○をつけてください。

① 介護職員^a ② 栄養士^b ③ 調理師 ④ その他

a. 資格は問わない b. 管理栄養士を含む

問3 入居者ごとに栄養状態を考慮した量（エネルギー量）の食事が、毎食提供されていましたが？
あてはまる番号1つに○をつけてください。なお行事食は除いて考えてください。

① 提供していた ② 提供しなかった（提供量は個人ごとに設定していなかった）

問4 職員は、入居者の食事摂取量（何割程度摂取したか）を毎食分記録していましたか？
あてはまる番号1つに○をつけてください。なお行事食は除いて考えてください。

① 記録していた ② 記録しなかった

次ページへ続きます

問5 入居者は食事の調理に参加していましたか？あてはまる番号1つに○をつけてください。

- ① 誰も1日も参加しなかった ② 一部参加した ③ 毎回ほぼ全員が参加した

問6 食料品の買い物に参加した入居者はいましたか？あてはまる番号1つに○をつけてください。

- ① 誰も1日も参加しなかった ② 参加した者がいた（1人以上かつ1回以上）

問7 食事の個別対応として、食形態の調整（ミキサー、とろみづけ）を行った入居者がいましたか？あてはまる番号1つに○をつけてください。

- ① いた（毎食分調整が1人以上） ② いなかった



食形態を毎食分調整していた人数：（ ）人

問8 食事の個別対応として、栄養素の調整（タンパク質・炭水化物・脂質・塩分のいずれかの制限）を行った入居者がいましたか？あてはまる番号1つに○をつけてください。

- ① いた（毎食分調整が1人以上） ② いなかった

問9 グループホーム職員が、栄養や食事の問題（咀嚼・嚥下も含む）に関して、事業所外の専門職に相談したことはありましたか？あてはまる番号1つに○をつけてください。

- ① 相談した ② 相談しなかった



どの専門職に相談しましたか？あてはまる番号すべてに○をつけてください。

- ① 介護福祉士^a ② 医師 ③ 看護師^b ④ 栄養士^c ⑤ 調理師 ⑥ 歯科医師
⑦ 歯科衛生士 ⑧ 言語聴覚士 ⑨ 理学療法士 ⑩ 作業療法士 ⑪ その他

a. ホームヘルパーは含まない b. 准看護師を含む c. 管理栄養士を含む

問10 食事介助が毎食必要となる入居者がいましたか？あてはまる番号1つに○をつけてください。

- ① いた（1人以上） ② いなかった ③ わからない



全職員が食事介助の仕方が分からず、不安に思った事例がありましたか？

- ① あった ② なかった

次ページへ続きます

問11 入居者の食事提供・栄養管理に関して不安はありましたか（あてはまるものすべてに○）

- ①やせ ②肥満 ③糖尿病や腎臓病の食事療法 ④食欲不振
⑤食事時の傾眠、失認、偏食などの行動心理症状 ⑥誤嚥・窒息 ⑦食事形態の適正
⑧特にない ⑨その他

ご協力ありがとうございました。記入もれがないか、いま一度ご確認ください、同封の封筒でご返送頂ければ幸いです。なお集計結果は、報告書としてWebページ（<http://www.j-ncm.com/>）に掲載予定です。

「2次調査」のお願い

今回の調査に加えて、グループホーム入居者の栄養状態の実態を把握するために、身長や体重などの12項目程度（うち半数程度は任意項目）をおたずねする「2次調査」を依頼させていただき予定です。既存資料を転記することで完了できます。「2次調査」に参加いただいた事業所には調査結果を還元するとともに、栄養管理に関する情報を提供させていただきます。また調査にご協力いただいた事業所の中から、特に先進的な取り組みをされている事業所（モデル事業所）を選出して、インタビューによって改めて取り組みをお聞きすることで、グループホームにおける栄養管理のあり方を提示したいと思っております。

もし、「2次調査」の資料送付を希望しない場合には、下記にチェック（☑）して下さい。

- 「2次調査」の資料（調査依頼など）の送付を希望しません

なお、資料送付を希望しないことや、「2次調査」に調査協力をしない場合にも、貴事業所に何ら不利益はありませんので、ご安心ください。

□お問合せ先□

〒238-8522 神奈川県横須賀市平成町1-10-1 神奈川県立保健福祉大学栄養学科内
平成29年度老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分）

「認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」事務局

担当：杉山みち子・高田健人・藤川亜沙美・加納亜紀子

電話：046-828-2663, 046-828-2810

FAX：046-828-2663

「認知症グループホームスタッフにおける 入居者の栄養・食事に関する意識調査」

本調査の一次調査では、管理職(ホーム長)にご回答をお願い致しました。この度、二次調査にご協力のご回答を得た事業所の調査日(管理者がスタッフに依頼した日)に勤務しているスタッフ(常勤・非常勤または兼任)の皆様に入居者の栄養・食事に関する下記の質問へのご回答をお願いさせていただきます。

問1 調査日を数字で記載してください。

2017年（ ）月（ ）日

問2 記入者の職種のあてはまる番号1つに○をつけてください。

- ① 介護職(介護福祉士・ヘルパーなど) ② 看護師a ③ 栄養士b ④ その他（ ）
a. 准看護師を含む b. 管理栄養士を含む

問3 記入者の性別のあてはまる番号1つに○をつけてください。

- ① 男性 ② 女性

問4 記入者の年代のあてはまる番号1つに○をつけてください。

- ① 20歳代 ② 30歳代 ③ 40歳代 ④ 50歳代 ⑤ 60-64歳 ⑥ 65-74歳 ⑦ 75歳以上

問5 この1ヶ月間に、入居者への食事の準備や食事提供で困ったこと、不安に思ったことはありましたか？あてはまるもの、すべてに○をつけてください。

- ① 入居者との買い物が困難 ② 食材の選び方が分からない
③ 献立のバリエーションが少ない ④ 献立に入居者の意見を取り入れるのが困難
⑤ 入居者との調理が困難 ⑥ 自身の調理技術の不足 ⑦ 食中毒予防などの衛生管理
⑧ 栄養が足りているか分からない ⑨ 噛めない、飲み込めない入居者への食事の対応
⑩ 食事療法が必要な疾患（糖尿病や腎臓病など）への対応
⑪ その他（ ）
⑫ 困ったことや不安に思ったことはなかった

次ページへ続きます

問6-1 この1ヶ月間に、入居者の栄養や食べることの問題（咀嚼・嚥下も含む）で困ったことがありましたか？あてはまる番号すべてに○をつけてください。

- ① 体重減少 ② 体重増加 ③ やせ ④ 肥満 ⑤ 食欲不振 ⑥ 過食
⑦ 食事時の傾眠 ⑧ 食事の失認 ⑨ 拒食 ⑩ 偏食 ⑪ 便秘 ⑫ 下痢 ⑬ 脱水
⑭ 食事療法が必要な疾患（糖尿病や腎臓病など）⑮ 口腔機能の低下（義歯・噛みあわせなど）
⑯ 嚥下機能の低下（むせ・誤嚥など） ⑰ 看取り期の栄養管理
⑱ その他（ ） ⑲ 困ったことや不安に思ったことはなかった→問7へ。

問6-2 問6-1で①～⑱の問題に○がついた方、どのように対応をしましたか？
あてはまる番号すべてに○をつけてください。

- ① 法人内の栄養士・管理栄養士に相談した ② 法人外の栄養士・管理栄養士に相談した
③ ホームのスタッフへ相談 ④ 担当医へ相談 ⑤ ケアマネージャーへ相談
⑥ その他（ ） ⑦ 特に誰にも相談しなかった

問6-3 問6-2で⑦と回答された方、それはなぜですか？
あてはまる番号すべてに○をつけてください。

- ① 独学で対応できた ② どの職種に相談すれば良いか分からなかった
③ どの職種に相談すれば良いかは分かったが、その職種が近くにいなかった
④ 相談費用がかかるため ⑤ その他（ ）

問6-4 問6-2で③～⑦と回答された方、もし栄養士や管理栄養士がいたら相談しましたか？
あてはまる番号1つに○をつけてください。

- ① はい ② いいえ

問7 入居者への食事提供や栄養管理について感じていることがあれば、自由にご記載ください。

ご協力ありがとうございました。記入もれがないか、いま一度ご確認頂き、管理職（ホーム長）にお手渡しください。一括して返信用封筒でお送りいただくことになっています。
集計結果は、報告書としてWebページ（<http://www.j-ncm.com/>）に掲載予定です。
なお、調査協力をしない場合にも、貴事業所に何ら不利益はありませんので、ご安心ください。

□お問合せ先□

〒238-8522 神奈川県横須賀市平成町1-10-1 神奈川県立保健福祉大学栄養学科内
平成29年度老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分）

「認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」事務局

担当：杉山みち子・高田健人・藤川亜沙美・加納亜紀子

電話：046-828-2663, 046-828-2810

FAX：046-828-2663

「認知症グループホーム入居者の栄養、 食事の実態調査」

事業所ID 29_

最初にこのページにお答えください。その後、ページを開いて個別調査票にお答えください。個別調査票は、平成29年7月31日に入居していた方の個人の状態について、別紙の「個別調査票 記入方法」をご確認頂き、記録より転記してください。また、調査票の「名前メモ欄」は返送時に必ず切り取ってご返送ください。（締め切り：9月22日）

ご回答は、管理者または担当職員が記入してください。

記入日： 月 日 記入者： 管理者 ・ 他の職員（どちらかに○）

はじめに、下記の間1~3の該当する番号に○印でお答えください。

問1. 貴事業所では、過去6か月間に栄養士（管理栄養士を含む）による関わりはありましたか。

① はい ② いいえ → 「個別調査票」へ

問2. 関わった栄養士（管理栄養士）の所属

① 貴事業所 ② 同一法人の他施設 ③ 別法人の他施設 ④ その他

問3. 栄養士が関わった内容について、あてはまるものすべてに○を付けてください。

- ① 食事の献立作成 ② 入居者の栄養・食事問題の把握 ③ 栄養・食事計画の作成
④ 調理・買い物の助言・指導
⑤ えんげ調整食（ミキサー食やペースト食）についての助言・指導
⑥ 食事の衛生管理 ⑦ その他（ ）

次に、別紙の研究概要、「個別調査票」記入方法をご覧いただき、ページ内側見開きの「個別調査票」をご記入ください。

次ページへ続きます

□お問合せ先□

〒238-8522 神奈川県横須賀市平成町 1-10-1 神奈川県立保健福祉大学栄養学科内
平成 29 年度老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分）
「認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」事務局
担当：杉山みち子・高田健人・藤川亜沙美・加納亜紀子
電話：046-828-2663, 046-828-2810 FAX：046-828-2663

切り取り
《送付時に必ず切り取ってください》

認知症グループホームの栄養・食事の実態調査「個別調査票」

2017年7月31日時点で入居している人について、記録から転記してください。(別紙の記入方法をご確認ください)

調査用ID	①性別 どちらか○ 男女	②年齢 (歳)	③要支援・ 要介護 要介護1	④認知 症高齢 者の日常 生活自 立度	⑤身長 (cm) ※過去5年 記録でも可	⑥体重 (kg) ※1か月以 内に測定し た値を記載 してください	⑦食事形態 どちらか○ ・普通食 ・きざみ食 (食)	⑧どの程度の使 用(お茶や汁 物) どちらか○ ・あり ・なし	⑨入居者の食 事準備への参 加 (1か月間に1 回以上) どちらか○ ・あり ・なし	⑩入居者の食の 参加 (食料品)への参 加 (1か月間に1回以 上) どちらか○ ・あり ・なし	⑪入居者の主な食事の場所 どちらか○ ・居間および食堂 ・居室	⑫食事介助 どちらか○ ・全面介助・全面介助が必要 ・一部介助・両手や足を守り、袋 の閉鎖といった部分的な介助が必要 ・自力・自力ないし何とか自分で食 べられる 全面介助・一部介助(自立)	⑬食事介助 どの程度 どの程度か○ ・あり ・なし	⑭寝中 の失 眠 どの程度か○ ・あり ・なし	⑮体重・ 栄養 どの程度か○ ・あり ・なし	⑯食事 中の非 常 行動 どの程度か○ ・あり ・なし	⑰6か月前 (2017 年2月1日)に「認知 症グループホーム」に入居 してからの経過 どの程度か○ ・あり ・なし ※はいの場合 は石の印	⑱2017年2月~ 7月の入院 の回数 どの程度か○ ・あり ・なし ※2月に測 定した値を 記載してください	
																			記入者
名前× 欄 ※送付時に 切り離し、 処分してく ださい ○さん	男	74	要介護1	IIb	160	45	普通食・きざみ食・えんげ調整食	あり	なし	なし	居間および食堂・居室	全面介助・一部介助(自立)	あり	なし	あり	なし	はい・いいえ	47	あり
	男・女						普通食・きざみ食・えんげ調整食	あり	なし	あり	居間および食堂・居室	全面介助・一部介助(自立)	あり	なし	あり	なし	はい・いいえ		あり
	男・女						普通食・きざみ食・えんげ調整食	あり	なし	あり	居間および食堂・居室	全面介助・一部介助(自立)	あり	なし	あり	なし	はい・いいえ		あり
	男・女						普通食・きざみ食・えんげ調整食	あり	なし	あり	居間および食堂・居室	全面介助・一部介助(自立)	あり	なし	あり	なし	はい・いいえ		あり
	男・女						普通食・きざみ食・えんげ調整食	あり	なし	あり	居間および食堂・居室	全面介助・一部介助(自立)	あり	なし	あり	なし	はい・いいえ		あり
	男・女						普通食・きざみ食・えんげ調整食	あり	なし	あり	居間および食堂・居室	全面介助・一部介助(自立)	あり	なし	あり	なし	はい・いいえ		あり
	男・女						普通食・きざみ食・えんげ調整食	あり	なし	あり	居間および食堂・居室	全面介助・一部介助(自立)	あり	なし	あり	なし	はい・いいえ		あり
	男・女						普通食・きざみ食・えんげ調整食	あり	なし	あり	居間および食堂・居室	全面介助・一部介助(自立)	あり	なし	あり	なし	はい・いいえ		あり
	男・女						普通食・きざみ食・えんげ調整食	あり	なし	あり	居間および食堂・居室	全面介助・一部介助(自立)	あり	なし	あり	なし	はい・いいえ		あり
	男・女						普通食・きざみ食・えんげ調整食	あり	なし	あり	居間および食堂・居室	全面介助・一部介助(自立)	あり	なし	あり	なし	はい・いいえ		あり
	男・女						普通食・きざみ食・えんげ調整食	あり	なし	あり	居間および食堂・居室	全面介助・一部介助(自立)	あり	なし	あり	なし	はい・いいえ		あり
	男・女						普通食・きざみ食・えんげ調整食	あり	なし	あり	居間および食堂・居室	全面介助・一部介助(自立)	あり	なし	あり	なし	はい・いいえ		あり
	男・女						普通食・きざみ食・えんげ調整食	あり	なし	あり	居間および食堂・居室	全面介助・一部介助(自立)	あり	なし	あり	なし	はい・いいえ		あり
	男・女						普通食・きざみ食・えんげ調整食	あり	なし	あり	居間および食堂・居室	全面介助・一部介助(自立)	あり	なし	あり	なし	はい・いいえ		あり
	男・女						普通食・きざみ食・えんげ調整食	あり	なし	あり	居間および食堂・居室	全面介助・一部介助(自立)	あり	なし	あり	なし	はい・いいえ		あり
	男・女						普通食・きざみ食・えんげ調整食	あり	なし	あり	居間および食堂・居室	全面介助・一部介助(自立)	あり	なし	あり	なし	はい・いいえ		あり
	男・女						普通食・きざみ食・えんげ調整食	あり	なし	あり	居間および食堂・居室	全面介助・一部介助(自立)	あり	なし	あり	なし	はい・いいえ		あり
	男・女						普通食・きざみ食・えんげ調整食	あり	なし	あり	居間および食堂・居室	全面介助・一部介助(自立)	あり	なし	あり	なし	はい・いいえ		あり
	男・女						普通食・きざみ食・えんげ調整食	あり	なし	あり	居間および食堂・居室	全面介助・一部介助(自立)	あり	なし	あり	なし	はい・いいえ		あり

切り取り線 (送付時に必ず切り取ってください)

平成 29 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分）

『認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する調査研究事業』

2018 年 3 月発行

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

〒111-0053 東京都台東区浅草橋 3-1-1 TJビル 3 階

Tel : 03-5829-8590 Fax : 03-5829-6679

e-mail : ncm@j-ncm.com

【不許複製】