

認知症対応型共同生活介護（認知症 GH）における 栄養管理の実務のための手引き

日本健康・栄養システム学会

令和 2 年度厚生労働省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在り方に関する調査研究調査研究事業』

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

1. はじめに

認知症対応型共同生活介護（以下、認知症 GH）において、利用高齢者の「食べる楽しみの支援」の充実を目指して、低栄養に陥っている高齢者をできるだけ早く確認し、管理栄養士と連携して、その助言や指導を得て介護職等が適切な栄養ケアを提供できる栄養管理体制の導入は、認知症高齢者の自立支援のみならず自己実現に寄与するものです。

本手引書は、この度の「令和 2 年度老人保健事業推進等補助金 認知症対応型共同生活介護における栄養管理の在り方に関する調査研究事業」をはじめとして、これまで一般社団法人 日本健康・栄養システム学会によって取り組まれてきた認知症高齢者や認知症 GH 利用者における栄養管理に関する研究成果をふまえて作成されました。本手引書においては、令和 3 年度介護報酬改定によって、令和 3 年 4 月に新設される認知症 GH 等への口腔・栄養スクリーニング（口腔・栄養スクリーニング加算）及び栄養管理（栄養管理体制加算）の具体的な実務のあり方について解説させて頂いております。本書が認知症 GH の管理者や介護職等、利用者の担当介護支援専門員等、そしてこれらの関係者と連携して利用者の栄養ケアについて助言・指導をする管理栄養士のための栄養管理の実務の手引として、また、研修のための教材としてご活用頂けることを期待しております（以下の（ ）内には、最後に添付した教材の図表番号を記載しています）。

2. 認知症 GH 利用高齢者における低栄養の状況や摂食嚥下の問題

認知症 GH の利用高齢者（2,183 名）を対象とした全国規模の実態調査において、低栄養のスクリーニング項目の一つであるやせ（ $BMI 18.5 \text{ kg/m}^2$ 未満）は 23.2% と 5 人に一人みられ、要介護度や認知症高齢者の日常生活自立度が重度化するほど、このような低栄養の者が占める割合が高くなり、要介護度 5 の

者の 44.1%、また、認知症高齢者の日常生活自立度 M の者の 40.0% にまで及んでいました（①）。一方、認知症 GH の高齢者（3,534 名）のうち、きざみ食や嚥下調整食が提供されている者は 30.0% と 3 人に一人、とろみ剤を利用している者は 15.8% と 6 人に一人の高い割合でみられました（②）。しかし、認知症 GH に平成 30 年度 4 月から新設された低栄養のリスクを有する利用者を確認するための栄養スクリーニング加算の算定率 2.5% 程度と低く、その理由には実施が困難であることがあげられていました（③）。

一方、管理栄養士・栄養士との関わりがある事業所は、257 事業所のうち 39.3% にすぎませんでした（④）。しかし、管理栄養士・栄養士との関わりがある事業所は、関わりのない事業所と比べて、介護職等に食事準備や食事提供に関する困りごとや不安（噛めない・飲み込めない者への対応、栄養が足りているか分からず、献立のバリエーションが少く、自身の調理技術が不足、食材の選び方が分からない）があると回答した事業所の割合は低く、利用者の栄養や食べることに問題（嚥下機能の低下、便秘、看取りの栄養管理）があると回答した事業所の割合も低くなっていました（⑤）。

以上のことから、認知症 GH の利用者のうち低栄養や摂食嚥下機能にリスクが有るものを確認し、このような利用者に適切な栄養ケア等の対応を行い、食べる楽しみの充実を支援していくことが求められています。

3. 認知症高齢者の低栄養は、なぜ問題なのか？

低栄養は、高齢者のフレイルサイクルに位置づけられており、筋力の低下や日常の生活活動（ADL）の低下を引き起こします（⑥）。また、介護保険施設に入所している高齢者においては、低栄養のスクリーニングによって確認されたリスク有の中等度リスクの者は、リスク無の低リスクの者に比べて死亡率や入院率を増大させていました（⑦）。そこで、認知症 GH の介護職等は、利用者のうち低栄養のリスク有の者を確認して、連携している管理栄養士に適切な個別の栄養ケアについての助言や指導をしてもらうことが必要になります。

4. 口腔・栄養スクリーニングの実務について

平成 30 年度の介護報酬改定においては、認知症 GH 等の通所・居住系サービスにおける低栄養の者を確認できるように、介護職等による栄養スクリーニ

ングが初めて導入されました（栄養スクリーニング加算）。この度の令和3年度の介護報酬改定においては、認知症 GH 利用者に対するこの低栄養のスクリーニングは、介護職等が実施可能な口腔の健康状態のスクリーニング（以下、口腔スクリーニング）と一体的に、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として実施されることになりました（⑧⑨、口腔・栄養スクリーニング加算、添付の厚生労働省局長通知及び様式参照のこと）。当該口腔・栄養スクリーニングは、入居高齢者の利用開始時及び利用中 6 ヶ月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報が利用者を担当する介護支援専門員に提供されるものです。実際のスクリーニングの実務は以下のようになります。

①認知症 GH の介護職等は利用者全員について、それぞれ次に掲げるイ及びロの各項目についてリスクの有無を確認した情報を介護支援専門員に対して情報提供をします。その際、認知症 GH の管理職等は、スクリーニング表（参考資料）を用いて、<リスク有>利用者がいる場合や栄養ケアに係る助言・指導が必要な場合等は、介護支援専門員に対し、栄養改善サービスの提供や管理栄養士との連携等の検討を依頼することができます。

イ.口腔スクリーニング

- a. 硬いものを避け、やわらかい者ばかりを中心に食べる
- b. 入れ歯を使っている
- c. むせやすい

なお、口腔スクリーニングの項目については、次を参考にしてください。

○「硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる」

歯を失うと肉や野菜の摂取割合が減り、柔らかい麺類やパン等の摂取割合が増えることが指摘されています。

○「入れ歯を使っている」

入れ歯があわないと噛みにくい、発音しにくい等の問題がでてきます。また、歯は少ないけれども入れ歯を使っていない場合には、口腔の問題だけでなく認知症や転倒のリスクが高まります。

○飲み込み力が弱まると飲食の際にむせたり、飲み込みづらくなって、食事が大変になります。また、嚥下後に口腔内に食渣が目立つ場合は、むせがなくとも嚥下機能低下が疑われます。口腔を清潔に保つことは誤嚥性肺炎予防

だけでなく、美味しく食べるためにも重要です。

口.栄養スクリーニング

- a. BMI (kg/m²) が 18.5 未満である
- b. 1~6 か月間で 3 %以上の体重減少
または、6 か月間で 2 ~3kg 以上の体重減少
- c. 血清アルブミン値 (g/dl) 3.5 g /dl 未満
- d. 食事摂取量が不良 (75%以下)

★：通知上の詳細は、平成 18 年 6 月 9 日の老発第 609001 号厚生労働省老健局長通知 「地域支援事業の実施について」に規定する基本チェックリスト No 1 1 「6 か月間で 2 ~3kg 以上の体重減少がありましたか」の項目が「1.はい」に該当する者。

当該加算算定についてのその他要件の詳細については、以下の令和 3 年度介護報酬改定の通知をご参照ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html

なお、栄養スクリーニングを担当する介護職等のために、各項目について以下のように解説致しました。

○BMI (Body mass index、ボディ・マス・インデックス)

BMI=体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) は、身長に対する体格の指標で、体脂肪量と相関します。BMI18.5kg/m²未満はやせと判定されます。

体重は、利用時にその後は 1 か月に 1 回は定期的に測定することが望ましいと言えます。体重は朝の排尿後に測定してください。着衣の場合には、衣類の重量を約 1kg として差し引きます。

身長は、身長計がない場合には、巻き尺を壁に貼って代用することができます。<背筋をピンと伸ばして>と声かけてください。身長が立位で測定できない場合には、仰臥位で測定することができます。もし既存の記録があれば転記してください。

○体重減少率

体重は、全身のエネルギー貯蔵状態を反映し、体重減少は、エネルギー状態やたんぱく質代謝が負のバランスの時、つまり身体に食べ物から入る量よりも消失される量が多い場合におこります。

体重減少率 (%) = (1, 3あるいは6か月前の体重 - 現在の体重) ÷ (1,

3, あるいは6か月前の体重) × 100

体重減少率が5～8%では、免疫機能、呼吸機能、体温調整機能の低下や筋肉の低下が見られると言われています。ここでは、高齢者の低栄養の改善を早期に行えるように、1～6か月間で3%以上の体重減少がある場合、あるいは6か月間で2-3kg以上の体重減少がある場合に低栄養の<リスク有>と判断しています。

○食事摂取量が不良（75%以下）

利用者の食事摂取量は、スクリーニングの日の毎回の食事の喫食率（主食：ごはん・麺・パン等のエネルギー源、主菜：肉、魚、豆腐等のたんぱく質源）の平均として可能であれば記録しましょう。これは朝昼夕によっても食事摂取の割合にはムラがあるからです。また、日によっても食事摂取の割合にむらがある場合には、できれば3日あるいは1週間位の喫食率の平均をとります。不良（75%以下、良好は喫食率>75%）であった日には、その理由（きらい、噛めない、飲み込みにくい、量が多い、食事時に眠っている、食欲がない等）を、先のスクリーニング表に書いておきます。

5. 栄養管理体制における実務について

認知症 GH 利用高齢者の低栄養に管理栄養士が介護職等と連携して対応ができるように、令和3年度介護報酬改定においては、栄養管理体制加算が新設されました（⑩及び資料参照）。当該実務については、以下の解説と7.の事例をご参照ください。なお、口腔・栄養スクリーニング加算と栄養管理体制加算は、併算定が可能ですので、認知症 GHにおいて介護職等が定期的なスクリーニングを行いつつ、管理栄養士との連携体制を構築しておくことが重要です。

① 認知症 GH は、以下の要件を満たす管理栄養士との連携体制を確保する。

- ・外部（他の介護事業所（栄養管理体制加算の対象事業所に限る）、医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士をおいているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る）の管理栄養士
- ・公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」の管理栄養士

② ①の管理栄養士は、認知症 GH の介護職等に「栄養ケアに係る技術的助言及び指導」を行います。その内容は、当該事業所における利用者の低栄養

状態の評価方法、栄養ケアに関する課題（食事中の傾眠、拒食、徘徊、多動等）への対応方法、食形態の調整及び調理方法その他の当該事業所における日常的な栄養ケアの実施にあたり必要と思われる事項などです（⑪）。なお、これは、利用者ごとの栄養ケア・マネジメントを行うものではありませんが、事前情報として低栄養リスク者の栄養スクリーニングのデータや当該当者の近時の献立、食事や生活の状況について介護職等から情報提供をしてもらうことが必要です。また、食事時の観察（ミールラウンド）は、介護職等と一緒にを行い問題を共有化したうえで助言や指導を行うことが求められます。

- ③ 管理栄養士は、②の「栄養ケアに係る技術的助言及び指導」を行うにあたっては、以下の事項を記録します（⑫、以下7.の事例A,B参照のこと）

イ. 当該事業所における利用者の栄養ケアを推進するための課題

ロ. 当該事業所における目標

ハ. 具体的方法

ニ. 留意事項

ホ. その他必要と思われる事項

なお、管理栄養士は上記により確認された低栄養の個別の問題の解決方法について認知症 GH の介護職に助言・指導するとともに、利用者や介護職に分かってもらえるよう、低栄養やその栄養ケアの要点のポスターの掲示や管理栄養士の実演による説明などに取り組める体制や、管理栄養士が食事時にミールラウンド等を実施しアセスメントできる体制づくりが求められています（以下の7参照のこと）。

6. 認知症高齢者に対するミールラウンドと栄養ケア

認知症高齢者には特徴的なさまざまな食事中の行動がみられます（⑬）。このうち認知症高齢者の食事中に観察される徵候・症状である「食事の失認」、「傾眠」、「興奮・大声・暴言・暴力」、「妄想」、「拒食」、「偏食」、「徘徊・多動」、「早食い・詰め込み・丸のみ」、「失行（手づかみ食べ）」、「異食」、「盗食」の11項目は、ほぼ日常的に出現し、なかでも、傾眠が一番多く出現し、以下失認、拒食、興奮の順に30%以上の高頻度にみられることが報告されています（⑭）。また、このような認知症高齢者の食事中の徵候・症状は、自立摂取の困難等、摂食行動に影響し、介護者の負担を増し、食事量や体重の減少によ

る低栄養状態を引き起こす原因となります。そこで、管理栄養士と介護職等が連携して食事時の徵候・症状にあわせた栄養ケアを行うことにより食事時の徵候・症状の軽減や食事量の増大ができることが介入研究によっても報告されています。(15)。

最期までその人らしく「食べること」を支援するために、これらの認知症高齢者の食事中の徵候・症状に対応する栄養ケアの取り組み方について解説しました。

1. 食事時の徵候・症状と有効な栄養ケア

認知症高齢者の食事中の徵候・症状別栄養ケア一覧を示しました（表1）。

これらの徵候・症状の評価は、利用者別にミールラウンドによって観察・記録します。特定の担当者が継続して観察することにより、多忙な介護現場で、食事時の利用者の変化に気づきやすくなります。さらに情報共有が多職種で円滑に行えるよう、記録が共有できるように保管しておくことが求められます。さらに、食事摂取量や体重が変化しているかどうかを、先のモニタリング表で把握します。例えば「傾眠」とだけ書かないで、「食事の後半に眠り込む」等と具体的に記録します。当該問題を解決するためには、食事時間を変更する、食事の後半は介助する、食事量は半分で提供する等といった具体的な助言・指導が可能になります(17)。

2. 食事時の徵候・症状別栄養ケアのポイント

以下は、実際に栄養ケアを行う際に留意することです。

表1 認知症高齢者の食事中の徵候・症状別別栄養ケア一覧

認知症高齢者の食事中の徵候・症状	概念	観察の要点	対応する栄養・食事ケアの例	分類	
食事の失認	食事の認識ができない	食事であることがわからない	「食事ですよ」と声かけする。	声掛け	
		食事を混ぜあわせる	声掛けをしながら一皿ずつ順番に提供する	声掛け	食事介助
		食器や食べ物で遊んでいる	食事時間を知らせる	声掛け	
		食器の位置や食品と食器の位置関係がわからない	食器の色を変更する（○色から○色へ）	食器・食具の変更	
		箸やスプーンの使い方がわからない	スプーンや箸を直接手にもたせ、最初の一 口を食べてもらう（介助して食べても らう）	食事介助	
		食べたことを忘れる			
傾眠	食事時に寝ている	食事時にウトウトしている	覚醒を促すため声掛けする	声掛け	
		食事時に意識の混濁がみられる	覚醒を促すためにボディータッチする	ボディータッチ	
		食事時に閉眼している	声掛けして覚醒状態を確認し、自力摂取を促す	声掛け	
			覚醒状態を確認し、食事介助する	食事介助	
			食事時の姿勢を保持する	食事の周辺環境の整備	
			薬剤について確認し、副作用の可能性を報告する	投与薬剤の確認・報告	
			食事の時間を覚醒時に変更する	食事時間の変更	
興奮・大声・暴言・暴力	食事時に興奮、大声をあげる、暴言・暴力をふるう	特になし	興奮状態をなだめるために声掛けする	声掛け	
			傾聴する	傾聴	
			落ち着いている間に食事を提供する	食事時間の変更	
			静かな別室など落ち着く食事環境を提供する	座席・テーブルの調整	
妄想	食事に関して現実にはありえないことをいう	特になし	食事が安全であることを伝える	声掛け	
			食事や食器を取り換える	食器・食具の変更	
			好みのものを提供する	代替え食（嗜好対応）	
拒食	食事を拒否する	食事を拒否する	お気に入りのものを置いたり、本人の食器を用いたり、本人の落ち着く環境を提供する	食事の周辺環境の整備	
		水分を拒否する	好みのものを提供する	代替え食（嗜好対応）	
		食事介助を拒否する	食事の匂いにより食欲を刺激する（ご飯の炊けるにおいや味噌汁、コーヒー等）	香りによる食欲の刺激	
偏食	偏った食べ方をする	偏食がある	食事を促すため声掛けする	声掛け	
		一品食い			
		決まったものしか食べない			
徘徊・多動	食事の時間に動きまわる	食事中に歩き回る	席に着くよう声掛けする	声掛け	
		食事中に立ち上がる			

早食い・詰め込み・丸呑み	早食いする・食べ物を口に詰め込む、十分に咀嚼せず飲み込む	早くたべてしまう 飲み込む前に次々に食べ物を口にいれてしまう 十分に咀嚼せず呑み込む	ゆっくり食べるよう声掛けする	声掛け	
			器を小分けにして提供する	小分けで提供	
			一品ずつ提供する	小分けで提供	配膳方法の変更
			スプーンを小さくするなど食具を変更する	食器・食具の変更	
			食べやすい食形態に変更する	食形態の変更	
			誤嚥や窒息の危険がある食品を除去する (サラダ菜、パセリ、しその葉、海苔)	危険物の除去	
失行（手づかみ食べ）	運動機能が損なわれていながらも関わらず、適切な食器・食具が使用できない	手づかみ食べをする 食器具が適切に使えない	手づかみしないよう声掛けする	声掛け	
			主食を食べやすい大きさのおにぎり等に分成する	食形態の変更	
			こぼれないよう安定した食器を使用する	食器・食具の変更	
異食	食品でないものを口にいれる		食器の使い方を説明する	声掛け	
			異食しないよう見守る	見守り	
			食べられない飾りなどを提供しない（パン、銀カップ、調味料入れ等）	危険物の除去	
盗食	他人の食事を盗って食べる		みかんやバナなどの果物は皮を剥いて提供する	危険物の除去	
			席の間隔をあける	座席・テーブルの調整	
			盗食しないよう見守る	見守り	
			盗食しないよう声掛けする 個別の席で食事を提供する	声掛け 座席・テーブルの調整	

【傾眠】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る。原因としては身体機能の衰え、食事環境などが考えられるが、疲労も一つの要因となることがある。脳血管性認知症、アルツハイマー認知症ともに見られます。

- ・アセスメント・モニタリングの要点…その日の体調や時間帯と関連することが多いため、聞き取り、記録から適切に把握し、食事への影響を評価します。

【食事時の失認、失行】視知覚機能が損なわれていないのにもかかわらず、対象物を食事として理解することができなくなること。空間における物と物との位置関係が理解できなくなり、日常使用しているものを触っても判断できない。アルツハイマーに多く見られます（⑯）。

- ・アセスメント・モニタリングの要点…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、他職種の介助状態の聞き取り等から把握し、食事量等の変化を評価します。

【拒食、偏食、妄想】認知症高齢者では、しばしば食欲の低下がみられ、精神的な原因で食事を拒否するいわゆる拒食の場合もあります。一時的あるいは周期的に拒食になっている場合もあります。脳血管性認知症、アルツハイマー、ピック病等に見られます（⑯、⑰）。

- ・アセスメント・モニタリングの要点…食べられなかった量より、食べられた量を中心に把握し、評価します。

【興奮・大声・暴力・暴言】興奮・大声・暴言等は、自分の行うことを止められるなど、人との関係の中や環境で引き起こされることが多くみられます。特定の状況で出現することもあれば、急に出現することもあります。脳血管性認知症では感情失禁等が見られることがあります、アルツハイマー等でも見られます（⑱）。

- ・アセスメント・モニタリングの要点…興奮等は決まった時間や状況（夕刻、便秘等）で現れることが多いため、本人の落ち着いた時間帯、状況を把握し、食事量、嚥下状態への影響を評価します。

【盗食】自分の食事でなく、他の利用者の食事に手を出すたり食べてしまう等である。食形態が違う場合は誤嚥・窒息の危険性もある。本人は盗む感覚でなく、空間認識等の障害のためであることもあります。

- ・アセスメント・モニタリングの要点…見守り、食事の配膳の順番、他利用者とトラブル回避のための単独座席の配慮等を評価します。

【徘徊、多動】徘徊は、歩き回る行動であるが、何らかの理由が存在することが多い。摂食行動への影響としては、歩き回りたいという衝動が強いために、食べることに対して集中を欠くようになります（⑲）。

- ・アセスメント・モニタリングの要点…食事時の観察から多動、立ち上がり、徘徊の回数を把握し、食事量の変化や影響について評価します。

【早食い・詰め込み・丸のみ】認知症高齢者の中には、口に食事を運ぶ速度と嚥下がうまくかみ合わないこともしばしば見られます。早食い・詰め込み・丸のみは、誤嚥・窒息等の事故につながる危険性が高いため、スプーンのサイズを小さくする、小分けで提供するなどの工夫が必要になります。

- ・アセスメント・モニタリングの要点…ミールラウンド等で本人の嚥下状態に合った食形態であること、食事に要した時間、誤嚥等の危険性が無いこと等を評価します。

7. 認知症 GHにおいて管理栄養士が連携した栄養管理の実際

認知症 GH の併設の病院や介護保険施設の管理栄養士が介護職と連携した栄養管理体制に関する助言、指導の実際については以下をご参考にしてください。

1. 嚥下障害及び低栄養のリスクが確認された事例 A を含めた事業所の栄養管理体制への対応事例 A

○Aさんは、介護老人福祉施設（特養）が併設されている認知症 GH の利用者で、(84歳、女性)、要介護度3、認知症高齢者の日常生活自立度II bでした（表2,②3）。

○口腔・栄養スクリーニングを実施したところ、「むせること」が頻回になってきていました。低栄養のリスクは、BMI 18.5kg/m²以下（現 17.9Kg/m²）、体重減少が6か月間で2~3kgみられていました。介護職は当該利用者の健康・栄養状態に不安を感じ担当の介護支援専門員の情報提供を行い、連携している管理栄養士による助言・指導を依頼しました（表2）。

○担当の介護支援専門員は、栄養管理体制について担当の管理栄養士に情報提供をおこない当該利用者を含めた当該事業所の事業所への栄養管理体制についての助言・指導を依頼しました（表3）。

○併設の介護老人福祉施設の管理栄養士は、翌日、介護職とともに当該利用者の食事時の観察（ミールラウンド）を実施しました。その結果、何度も飲み込んでいるが口腔内の残渣がなかなか減らず、お茶をのむときにはむせていること、食べ残しが主食、主菜にみられたほか、食べこぼしも全食事量の1-2割程度あることがわかりました。また、当該利用者は、「食事でむせるのがつらい」と訴え、途中で食事が嫌になると話されていました。「好きなものは？」と質問すると、「甘いもの」ということでした。飲み物のとろみ剤がだまのようになっており、飲み物で頻回にむせており、その濃度が適切ではありませんでした。食事のうちそぼろ状のひき肉や、きざみ食という食形態が不適当であり、むせの原因となっていました（②5）。

さらに、管理栄養士は、他の利用者についても低栄養のリスクの確認をし、Bさんは食欲がないため食事摂取量が70%程度の時が多いこと、Cさんは、こ

の6カ月間に2kgの体重減少があるため低栄養のリスクが確認されました。また、これらの2名の利用者においても、飲み物に用いたとろみ剤がだま様になっていることを把握しました。また、介護職の方から、食事前の嚥下ための準備体操が大切だと聞いたが、どのようにやつたらいいかわからないと相談を受けました。

○管理栄養士による介護職への助言・指導

- ・当該利用者に望ましい提供栄養量を算定し（エネルギー1,500kcal/日、たんぱく質54g/日、水分1,200ml）、この提供栄養量を満たしているか献立のチェックを行い、修正点を以下のように助言しました。
 - ・Aさんは、頸部後屈がみられたので、ティルト式の車いすに変更してもらいました。
 - ・きざみ食は嚥下しにくい食形態であり誤嚥のリスクを高めることを説明し、きざみ食を嚥下しやすいソフト食に変更し、上記の献立の食材をどのようにソフト食化したらよいかを助言し、介助時には交互嚥下に注意してもらうようにしました（㉕）。
 - ・飲み物へのとろみ剤の用い方については、事業所全体の課題の解決として中間レベルの濃度のとろみ剤の利用の方法を実演するとともに各介護職が同様に実施できるように、フロワーのキッチンにポスター掲示しました（㉖）。
 - ・嚥下体操を食事前のレクレーションとして管理栄養士が最初実施し、その後DVDを用いて介護職に継続して日替わりで実施してもらいました（㉗）。
 - ・3, 6か月後に管理栄養士がAさんのモニタリングし、食事量は全量の8-9割が維持され、体重も43.2kgから45.1kgまで増大しました。日によって体調や覚醒状況にばらつきがあり、むせることがあるものの、食事時は介護職による交互嚥下（硬さやまとまりやすさの違う形状を交互に食べることによって、口の中や咽頭の残留などをなくす方法）に注意してもらうことで口腔内の残渣は軽減できました。また、時間を決めて食事の後半から介助することで食事摂取量が維持できるようになりました（㉘）。
 - ・Bさんは毎回の食事摂取が3カ月以降9割を超えるようになりました。また、Cさんは6カ月後には体重減少がみられなくなりました。
- また、利用者の飲み物にとろみ剤のだま様が確認されなくなり、介護職によりDVDによる食事前の嚥下体操も継続されていました。

2. 認知症 GH からの入院・退院後に管理栄養士による居宅療養管理指導を実施した事例 B と事業所の栄養管理体制への対応 (28)

病院併設の認知症 GH 利用者、88 歳、女性、要介護度 3、認知症高齢者の日常生活自立度 II b、誤嚥性肺炎で 14 日間入院となりました。

退院後、認知症 GH における口腔・栄養スクリーニングにて「低栄養リスク有」と確認され（表 4）、摂食・嚥下機能と認知症状を考慮した食事提供が必要となり、併設病院の管理栄養士による居宅療養管理指導および事業所の栄養管理体制に関する助言・指導が行われた事例です。

その結果、認知症 GH の介護職等によって事例 B に対して適切な食事提供が日常的にできるようになり、摂取エネルギーは退院時の 980kcal から 1600kcal に、摂取たんぱく質は退院時の 40g/日から 60g/日にまでに改善し、体重は退院時の 42.8kg から 44.8kg にまで増大しました（28、表 4）。

B さんの食事摂取量の改善に向けて、摂食嚥下機能に合った食事形態や食事時の認知症の兆候・症状を考慮した適切な食事提供の方法について検討するために、管理栄養士は、居宅療養管理指導時に、認知症 GH の介護職等と一緒に食事時の観察（ミールラウンド）をしてその食事記録を共有しました。この場合の観察項目として、「よく食べるもの」「ほとんど食べないもの」「ムセ込みのあるもの」「ため込みがあるもの」をモニタリングし、これらの結果に基づいて、担当の介護支援専門員への居宅療養管理指導の報告（表 5）及び認知症 GH に対する栄養ケアに関する技術的助言及び指導の報告（表 6）を行いました。居宅療養管理指導は 6 か月間で終了し、その後は、認知症 GH における栄養管理体制として、1 か月に 1 回程度の管理栄養士による訪問を行い介護職等に助言・指導を継続することになりました。

3. 栄養管理体制の充実のために管理栄養士が実施した例

認知症 GH と連携している管理栄養士は、介護職等が<低栄養のリスク有>の利用者の栄養問題の把握の方法を見る化したり、介護職等ができる日常的な栄養ケアに関する情報提供を行い、分かって頂くことが必要です（29,30）。

たとえば、認知症 GH の献立のチェックを行い、認知症 GH の利用者や介護職等に献立の評価と改善点について、介護職等と双方向的な意見交換を行いながら一緒に考えていく啓発活動に取り組み、提供した食事の写真から評価するアプリ等も積極的に活用して展開していくことになります（31,32,33）。

○「今日の食事の献立を書いてみましょう」(31)

朝食、昼食、夕食毎に「主食」「主菜」「副菜」「その他（牛乳・乳製品や果物）」を記入します。この表を用いるとバランスのよい献立が仕上がります。まず、主食はパン、ご飯、麺などの穀類から選びます。次に、おかずのうち主菜を考えます。肉、魚、卵、豆腐などのたんぱく質から選び、次に調理法を考えます。次に副菜は、緑黄色野菜、淡色野菜、きのこ類、海藻類を用います。副菜は2品を目安に、一品は温かい料理（煮物、炒めもの、汁物等）ともう一品は冷料理（浸し、サラダ、酢の物など）を組み合わせます。その他には牛乳やヨーグルトなどの乳製品と果物を取り入れてください。献立作成でぜひ取り入れて頂きたいことが、季節の食材を活用です。食材や四季折々の行事食から「現在の季節」を感じとって頂くことは、認知症の支援において重要です。

献立例

	主食	主菜	副菜	その他
朝	パン	目玉焼き	ツナサラダ 野菜スープ	牛乳
昼	素 麵	かき揚げ	冷奴 酢の物	
夕	ゆかりご飯	煮 魚	きんぴらごぼう 小松菜のおひたし 豚 汁	
間食				バナナ

○1日に何をどれだけ食べればよいでしょうか (32)

1日の内で、主食は、ご飯は茶碗に軽く3膳（パンなら1食に食パン1枚、麺は1/2玉～1玉）、主菜となるたんぱく質は、肉は薄切り肉2～3枚（50～70g）、鮭の切り身1切れ、卵1個、豆腐1/4丁、納豆ミニパック1ヶなど毎食1品は取り入れます。副菜には、野菜、きのこ、海藻を含めて300g～400gを目安にしてください。芋類はじゃが芋であれば1個（100g）、果物はバナナ1本などを目安してください。低栄養予防のため主菜となる肉、魚、卵、大豆・大豆製品を意識していろいろな食材で調理しましょう。

○多様な食品を取り入れましょう (33)

食事のバランスを確認するために「さあにぎやか（に）いただく！」をご紹介します。いろいろな食品をまんべんなく食べることで、栄養状態を良好に保つことができます。さ→魚、あ→油、に→肉、ぎ→牛乳・乳製品、や→野菜、か→海藻（きのこも含みます）、い→芋、た→卵、だ→大豆・大豆製品、く→くだものを示します。いろいろな食品を使用し献立が作成できたのか、チェック表を活用するのもよいでしょう。低栄養予防には10の食材のうち毎日7点以上を献立に反映させましょう。

○低栄養対策　おいしくしっかりたべましょう（④）。

主菜となるたんぱく質の量について目安を示します。日本人の食事摂取基準（2020年版）では65歳以上の高齢者では男性60g、女性50gが必要とされています。男性の場合たんぱく質は1食20g必要となります。献立がざるうどんだけではたんぱく質は5.2gしか含まれておらず栄養が不足します。納豆や卵をトッピングすると、たんぱく質は21.8gに増量できます。

このように難しい調理を行わなくとも、栄養価を高めることが可能になります。ぜひ、管理栄養士にご相談ください。

○低栄養対策！　中食をしっかり食べましょう！！（⑤）

中食を提供する際の工夫です。「中食（なかしょく）」とは、外食と家庭料理の中間にあり、惣菜や弁当などを買って帰り、家で食べることです。中食でも可能な限りバランスの摂れた食材の選定に注意をしてください。ここでも、たんぱく質を例に出すと、食パンだけより、鶏肉や卵、野菜が具材となっているサンドウィッチ、牛乳1本200mlを加えるとたんぱく質は29.6gになります。中食は弁当や惣菜が中心となり栄養バランスが気になるところです。認知症GHの介護職等は、管理栄養士と一緒に低栄養予防に取り組みましょう。

○管理栄養士が支援するその他の例（⑥）

買い物ゲームでは限られた費用の中で栄養バランスを考えます。

○アプリを活用し効率化

認知症高齢者の栄養のバランスを確認したい場合は、栄養計算のアプリの活用もしてみましょう。

8. おわりに

高齢者は認知症の有無に限らず、疾患が多く合併症が起こりやすく、重度認知症高齢者では肺炎、尿路感染症などの感染症、義歯不適合、口内炎、便秘・

下痢、薬の副作用、脱水、電解質異常などが起こりやすくなります。レビー小体型認知症では中期以降、アルツハイマー病は重度から嚥下困難が始まるなど、認知症でも原因疾患により特徴があります。栄養ケアを行う場合は、摂食量で一喜一憂したり体重だけで評価したりせず、管理栄養士と介護職とが連携して普段の様子や時間帯によって変わる行動等や ADL などの情報を多く入手し、どのような栄養ケアが最適か総合的に全人的に判断していく必要があります。さらに認知症のステージにおいて判断することも重要です。現在では、食べさせることを栄養補給の目的とせず、本人の好みにあわせて、食べ易いものを食べられるだけ食べて、本人の楽しみを目標とする Comfort feeding only (CFO) *が提唱されています。認知症の栄養ケアは、低栄養状態の改善のみならず、全人的にその人らしい生活を送って頂き、その人の自己実現を支援していくことが重要と言えます。

*CFO：認知症高齢者の栄養補給は、食べさせることを目的とするのではなく、本人の楽しみを目的とする考え方 (Palecek EJ, Teno JM, Casarett DJ ,et al . Comfort Feeding Only:A Proposal to Bring Clarity to Decision - Making Regarding Difficulty with Eating for Persons with Advanced Dementia. J Am Geriatr Soc. 11 Mar 2010; 58 (3) : 580-584)

表2 事例A 口腔・栄養スクリーニング

ふりがな	〇〇〇 〇〇	□男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	□明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭	12年	〇月	〇日生まれ	84歳	
氏名	〇〇〇〇〇	要介護度・病名・ 特記事項等	要介護度3、 認知症高齢者の日 常生活活動度 IIb	記入者名 〇〇〇〇				
				作成年月日:令和3年〇月〇日				
				事業所内の歯科衛生士 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
				事業所内の管理栄養士・栄養士 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
	スクリーニング項目		前回（利用開始時）結果 (令和2年9月20日)	今回結果 (令和3年3月19日)				
口腔	硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる		<input checked="" type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ				
	入れ歯を使っている		<input checked="" type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ				
	むせやすい		<input type="checkbox"/> はい・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ				
	特記事項（歯科医師等への連携の必要性）	食事は100%食べている		お茶を飲むとよくむせて心配				
栄養	身長(cm) *1	155.3 (cm)	155.3 (cm)					
	体重(kg)	45.1 (kg)	43.2 (kg)					
	BMI (kg/m ²) *1 18.5未満	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (18.7kg/m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (17.9kg/m ²)					
	直近1～6か月間における 3%以上の体重減少※2	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (2.0kg/か 月)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2.0kg/6か月)					
	直近6か月間における 2～3kg以上の体重減少※2	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2.0kg/6か 月)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2.0kg/6か月)					
	血清アルブミン値(g/dl)*3 3.5g/dl未満	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))					
	食事摂取量 75%以下*3	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (100%)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (75.0%)					
	特記事項(医師、管理栄養士等への 連携の必要性等)			食事中に「むせる」ため体重減 少。食形態等をみてほしい。				

介護支援専門員 ●●殿

本認知症 GH 事業所の●●様の口腔・栄養スクリーニングによって上記のように「リスク有」でしたので、

〇〇施設の管理栄養士の助言指導をお願い致します。〇年〇月〇日 〇〇認知症 GH 事業所

管理者 〇〇〇〇

〇〇施設 管理栄養士 殿

〇〇認知症 GH から管理栄養士の助言・指導の依頼がありましたのでお願い致します。

〇年〇月〇日 〇〇介護支援専門員 〇〇〇 〇〇〇

表3 事例A 栄養ケアに係る技術的助言及び指導報告

認知症GH名：認知GHO事業所

訪問日時：○月○日

指導管理栄養士名：〇〇〇〇

<栄養ケアに係る技術的助言及び指導>

○事業所全体

課題	目標	具体的方策	留意事項
とろみ剤のつけ方がばらばら	とろみ剤の使用方法の統一	ポスターを掲示してやり方を統一する	学会分類2013のとろみの段階に合わせる
食事前の嚥下体操未実施	毎食前に嚥下体操を実施する	嚥下体操を実施するためにDVDをもちいたやり方を導入する	

○低栄養リスク該当者

対象	リスク	目標	具体的方策	留意事項・その他
Aさん	高リスク	・食事摂取量を安定させる ・体重を増やす	・車いすを変更して姿勢安定を目指す ・食事形態を変更する ・交互嚥下を意識して介助する	改善見られない場合、居宅療養管理指導による介入も検討必要
Bさん	中リスク	食事摂取量を安定させる	好き嫌いは多いが、ご飯は好まれるようなので、ご飯を今より少し多めに盛り付けてみる	
Cさん	中リスク	体重減少率高い	明らかに異常な体重減少をしているので、体重を再測定してみる	体重計が正しいか確認必要か

<その他>

次回、○月○日に訪問予定

表4 事例B 口腔・栄養スクリーニング

ふりがな	〇〇〇 〇〇	□男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	□明口大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭	8年	6月	〇日生まれ	88歳
氏名	〇〇〇 〇〇	要介護度・病名・特記事項等	要介護度3 認知症高齢者の日常生活活動度 IIb 脳梗塞、アルツハイマー型認知症、急性胃炎・誤嚥性肺炎による入院				記入者名〇〇 〇〇 : 作成年月日:令和3年〇月〇日 事業所内の歯科衛生士 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 事業所内の管理栄養士・栄養士 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	スクリーニング項目			前回（退院後利用再開始時）結果（令和2年9月10日）		今回結果（居宅療養管理指導6か月後（令和3年3月10日）	
口腔	硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる			<input checked="" type="checkbox"/> はい・□いいえ		<input checked="" type="checkbox"/> はい・□いいえ	
	入れ歯を使っている			<input checked="" type="checkbox"/> はい・□いいえ		<input checked="" type="checkbox"/> はい・□いいえ	
	むせやすい			<input type="checkbox"/> はい・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
	特記事項（歯科医師等への連携の必要性）			摂食嚥下グレード7 嚥下食			
栄養	身長（cm）※1			158 (cm)		158 (cm)	
	体重（kg）			42.8 (kg)		44.8 (kg)	
	BMI (kg/m ²) ※1 18.5未満			<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (17.1kg/m ²)		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (17.9kg/m ²)	
	直近1～6か月間における3%以上の体重減少※2			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (2.0kg/か月)		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/6か月)	
	直近6か月間における2～3kg以上の体重減少※2			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (2.0kg/6か月)		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/6か月)	
	血清アルブミン値(g/dl)※3 3.5g/dl未満			<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2.4g/dl))		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))	
	食事摂取量 75%以下※3			<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (50%以下、主食20%、副食30%)		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (100%)	
	特記事項（医師、管理栄養士等への連携の必要性等）			認知症GHでは嚥下障害対応の食形態の調整ができない			

介護支援専門員 ●●殿

本認知症GH事業所の●●様の口腔・栄養スクリーニングによって上記のように「リスク有」でしたので〇

〇施設の管理栄養士の助言指導をお願い致します。〇年〇月〇日 〇認知症GH事業所 管理者〇

〇

〇〇施設 管理栄養士 殿

〇〇認知症GHから管理栄養士の助言・指導の依頼がありましたのでお願い致します。

〇年〇月〇日 〇〇介護支援専門員 〇〇〇 〇〇

表5 事例B 管理栄養士からの介護支援専門員への報告（居宅療養管理指導）

ふりがな	○○○ ○○	□男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	□明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭	8年	6月	○日生まれ	88歳
氏名	○○○ ○○	要介護度・病名・特記事項等	要介護度3 認知症高齢者の日常生活活動度 II b 脳梗塞,アルツハイマー型認知症 急性胃炎・誤嚥性肺炎による入院	記入者名○○ ○○ : 作成:令和3年○月○日 事業所内の歯科衛生士 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 事業所内の管理栄養士・栄養士 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			

項目	内 容						
利用者の栄養ケアを推進するための課題	<p>低栄養状態の確認</p> <p>居宅療養管理指導介入時 低栄養リスク:中リスク ・体重 42.8kg(BMI 17.1Kg/m²) ・血清アルブミン値 2.4g/dl ・食事摂取量 主食 20%、副食 30%</p> <p>摂食・嚥下機能評価:摂食嚥下グレードは7(嚥下食で3食とも経口摂取) ・事業所では嚥下食の提供は難い</p>						
目標	<p>栄養ケアに関する課題 (食事中の傾眠、拒食、徘徊、多動等)と対応方法:</p> <p>課題:摂食・嚥下機能に適正な食事形態の把握、食事摂取量の改善 ⇒食事(料理)を4区分でモニタリング<よく食べるもの><ほとんど食べないもの><むせ込みのあるもの><ため込みがあるもの></p> <p>当該事業所における目標</p> <p>上記の4区分の分析は、介護職、管理栄養士(居宅療養管理指導時)による食事時の観察(ミールラウンド)、食事記録を行い、摂食・嚥下機能、認知症状を考慮した食事提供を行っていく</p> <p>食形態の調整及び調理方法</p> <p>食事拒否のある献立や食材:可能な範囲で代替献立の提案、栄養補助食品の活用 摂食・嚥下機能合わせた食事形態:調理方法の確認や調整を介護職とともに検討</p> <p>その他の日常的な栄養ケアの実施にあたり必要な事項:</p> <p>・食事を前にして食べ始めない場合の対応 ・食事に集中できない場合の対応 ・食事拒否のある場合の対応</p> <p>食事時の観察(ミールラウンド)、食事記録から<よく食べるもの><ほとんど食べないもの><むせ込みのあるもの><ため込みがあるもの>の献立、食材リストを介護職と共有し、日常的に食事摂取量の維持・改善を図っていく。また、栄養状態の評価として、食事摂取量および体重の変化も明確にする。</p>						
具体的な方法	<p>○食事時の観察(ミールラウンド)、食事記録より 食事(料理)リストを作成</p> <table border="1"> <tr> <td>よく食べるもの(好んで)</td> <td>【主食】軟飯 【主菜】煮魚、肉団子、肉(じやが) 【副菜】煮物(かぼちゃ、里芋、大根)、野菜炒め、サラダ、酢の物、汁物(みそ汁、スープ)</td> </tr> <tr> <td>ほとんど食べないもの</td> <td>【主食】カレーライス(ごはんとルウの区別が不可)、めん類(うどん・そうめんの具のみ食べる) 【主菜】魚(さけ、あいの)のフライ 【副菜】お後(ご)</td> </tr> <tr> <td>ムせ込むもの、ため込むもの</td> <td>特になし</td> </tr> </table> <p><ほとんど食べないもの>献立の対応</p> <ul style="list-style-type: none"> 代替献立:カレーライス⇒ごはん・肉(じやが)、魚フライ⇒塩焼・煮魚 代替献立が難しい時:おやつに栄養補助食品を活用するよう提案 <p>○食事を前にして食べ始めない場合の対応</p> <ul style="list-style-type: none"> はし、スプーンの使い方を思い出してもらえるように使ってみせる 食事に集中できるように一品ずつ提供(ごはん→煮物→ごはん) 拒否のある食べ物は無理に食事介助せずに詰込みや誤嚥リスクを予防する 	よく食べるもの(好んで)	【主食】軟飯 【主菜】煮魚、肉団子、肉(じやが) 【副菜】煮物(かぼちゃ、里芋、大根)、野菜炒め、サラダ、酢の物、汁物(みそ汁、スープ)	ほとんど食べないもの	【主食】カレーライス(ごはんとルウの区別が不可)、めん類(うどん・そうめんの具のみ食べる) 【主菜】魚(さけ、あいの)のフライ 【副菜】お後(ご)	ムせ込むもの、ため込むもの	特になし
よく食べるもの(好んで)	【主食】軟飯 【主菜】煮魚、肉団子、肉(じやが) 【副菜】煮物(かぼちゃ、里芋、大根)、野菜炒め、サラダ、酢の物、汁物(みそ汁、スープ)						
ほとんど食べないもの	【主食】カレーライス(ごはんとルウの区別が不可)、めん類(うどん・そうめんの具のみ食べる) 【主菜】魚(さけ、あいの)のフライ 【副菜】お後(ご)						
ムせ込むもの、ため込むもの	特になし						

留意事項	特になし。
その他	特になし

初回

介護支援専門員 ●●殿

〇〇認知症 GH 事業所の●●様の口腔・栄養スクリーニングによって上記のように「低栄養リスク有」であることが確認されましたので、以上の方針により助言指導を 6か月間させて頂くことをご報告申し上げます。令和3年〇年〇月〇日 〇〇施設 管理栄養士 〇〇〇

6ヶ月後

介護支援専門員 ●●殿

〇〇認知症 GH 事業所の利用者 B 様の口腔・栄養スクリーニングによって上記のように「低栄養リスク有」であることが確認されましたので、以上の方針により助言指導を 6か月間させて頂いた結果、食事中のむせはほとんどみられなくなり、食事摂取量の改善、体重増加しています。

〇年〇月〇日 〇〇施設 管理栄養士 〇〇〇〇

表 6 事例 B 栄養ケアに係る技術的助言及び指導報告

認知症 GH 名 : ○○事業所

訪問日時 : ○年○月○日

指導管理栄養士名 : ○○○○

<栄養ケアに係る技術的助言及び指導>

○事業所全体

課題	目標	具体的方策	留意事項
利用者の食事リストの作成	摂食嚥下や低栄養リスクに対応するための献立、食材料の選択ができるようになること	介護職等は、利用者の食事観察を管理栄養士と一緒にミールラウンドし、利用者ごとに＜よく食べるもの＞＜ほとんど食べないもの＞＜むせ込みのあるもの＞＜ため込みがあるもの＞の献立、食材リストを作成する	

○低栄養リスク者 B さん（他に低栄養リスク者は確認されなかった）

対象	リスク	目標	具体的方策	留意事項・その他
B さん	中リスク	・食事摂取量を増大する ・体重を増やす ・誤嚥性肺炎の予防	○代替献立 ・カレーライス→ごはん 肉じゃが ・魚フライ→ 塩焼 ○代替献立の対応が難しい時 ・おやつの時間帯に栄養補助食品の活用 ○食事介助の工夫○ ・箸・スプーンの使い方を思い出してもらう介助 ・1品ずつの提供 ごはん（茶碗 1/2） →煮物→ごはん（茶碗 1/2） ○誤嚥性肺炎の予防 拒否のある食べ物は無理に介助しない ○体重の維持・増加> 月 1 回の体重測定	入退院後の管理栄養士の居宅療養管理指導を 6 カ月継続して介護職による栄養ケアを開始。当該管理栄養士が連携を継続し 1 カ月 1 回の訪問による助言指導の実施 また、訪問日に体重を測定を実施すること

認知症対応型共同生活介護（認知症 GH）
における栄養管理の実務のための手引き
(教材)

認知症対応型共同生活介護(認知症GH) における栄養管理の実務のための手引き (教材)

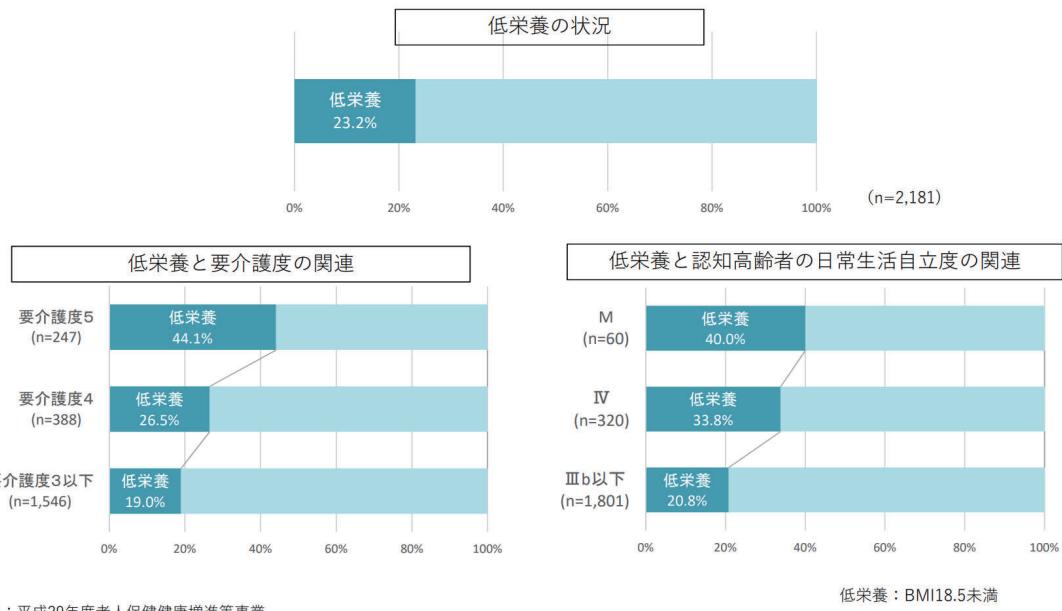
令和2年度老人保健事業推進等補助金 認知症対応型共同生活介護における栄養管理の在り方に関する調査研究事業、
一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

教材提供：田中和美（神奈川県立保健福祉大学教授）、高田健人（同助教）、堤亮介（平成医療福祉グループ
ループ栄養課長）、谷中景子（千春会病院 栄養科統括主任）、苅部康子（介護老人保健施設
リハパーク舞岡栄養課長）

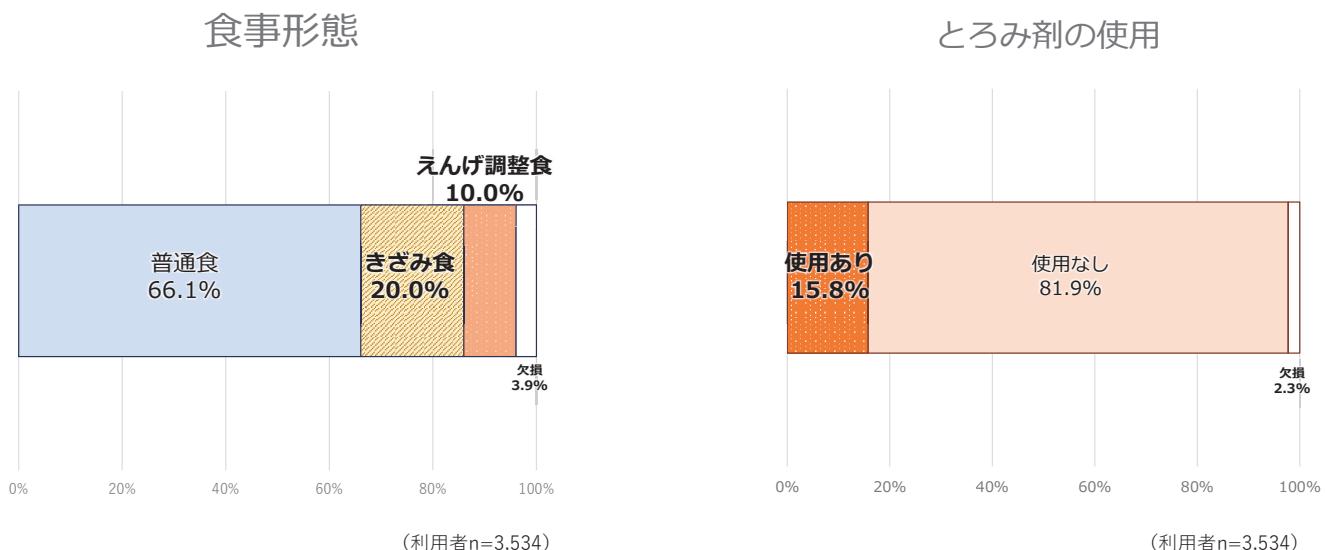
**認知症対応型共同生活介護高齢者における
低栄養の状況や摂食嚥下の問題**

① 認知症対応型共同生活介護利用高齢者の低栄養の状況

- 認知症GH利用高齢者のうち、低栄養（BMI18.5未満）の者は2割強。
- 要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度が重度なほど低栄養の割合が高い



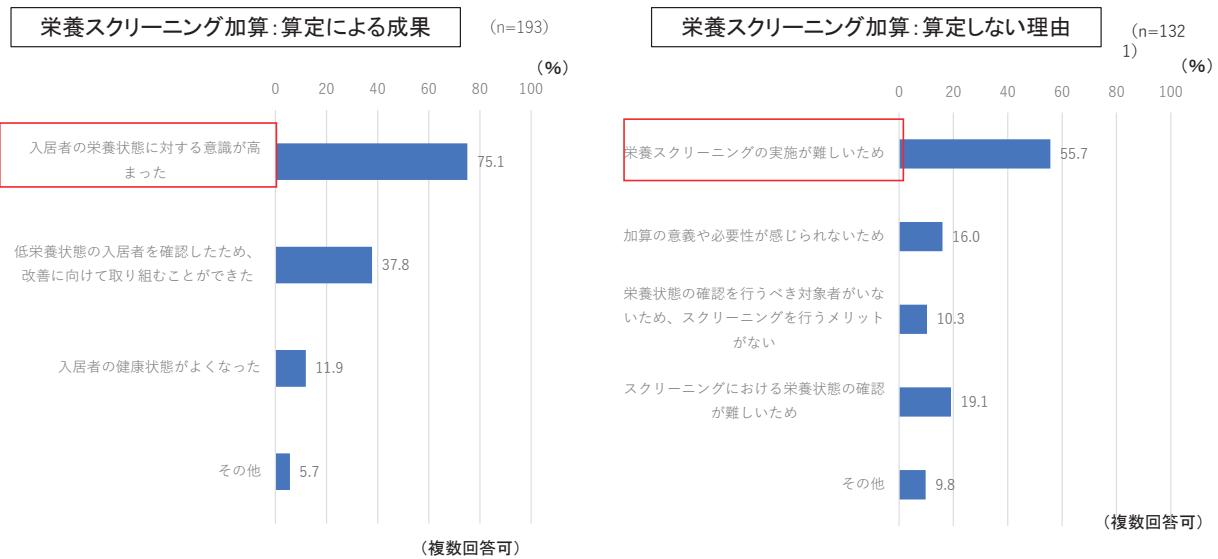
② 認知症グループホーム入所者の摂食・嚥下機能リスク



出展：平成29年度老人保健健康増進等事業「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」（一般社団法人 日本健康・栄養システム学会）

③栄養スクリーニング加算：算定による成果及び算定していない理由（認知症GH）

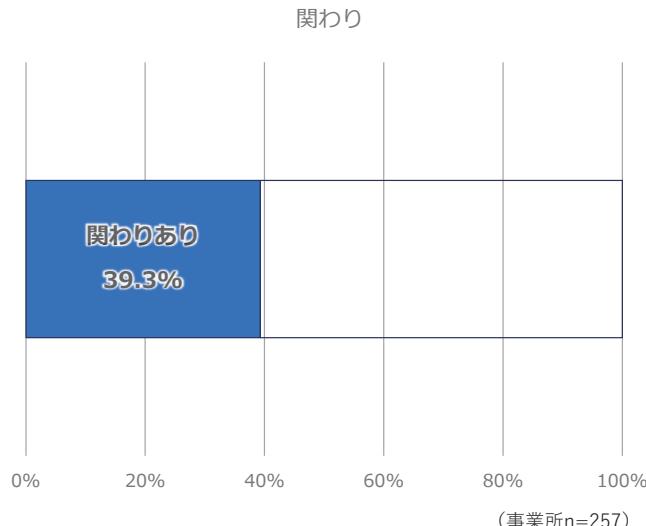
- 認知症GHにおいて、栄養スクリーニング加算の算定による成果として、「入所者の栄養状態に対する意識が高まった」が最多。
- 一方、算定しない理由としては、「栄養スクリーニングの実施が難しいため」が最多。



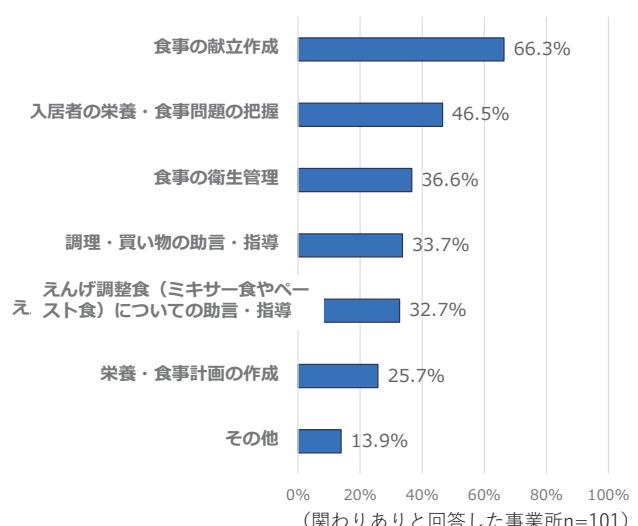
出典：令和元年度老人保健健康増進等事業
「認知症グループホームにおける効果的な従事者の負担軽減の方策とグループホームケアの効果・評価に関する調査研究事業」
(公益社団法人日本認知症グループホーム協会)

④ 認知症グループホームにおける栄養士・管理栄養士の関わり

過去6か月間に栄養士（管理栄養士含む）による



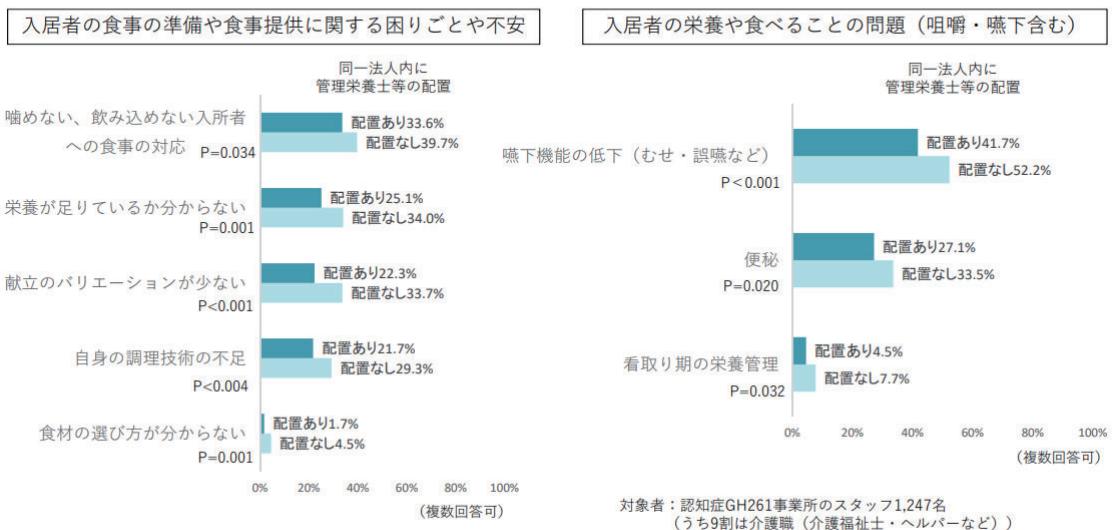
栄養士が関わった内容（複数回答可）



出展：令和2年度年度老人保健健康増進等事業「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」（一般社団法人 日本健康・栄養システム学会）

⑤ 認知症対応型共同生活介護におけるスタッフの困りごと・不安

○認知症GHにおいて、同一法人内に管理栄養士・栄養士の配置があると、入居者の食事の準備や食事提供に関するスタッフの困りごとや不安、入居者の栄養や食べることの問題に関する困りごとが少ない。

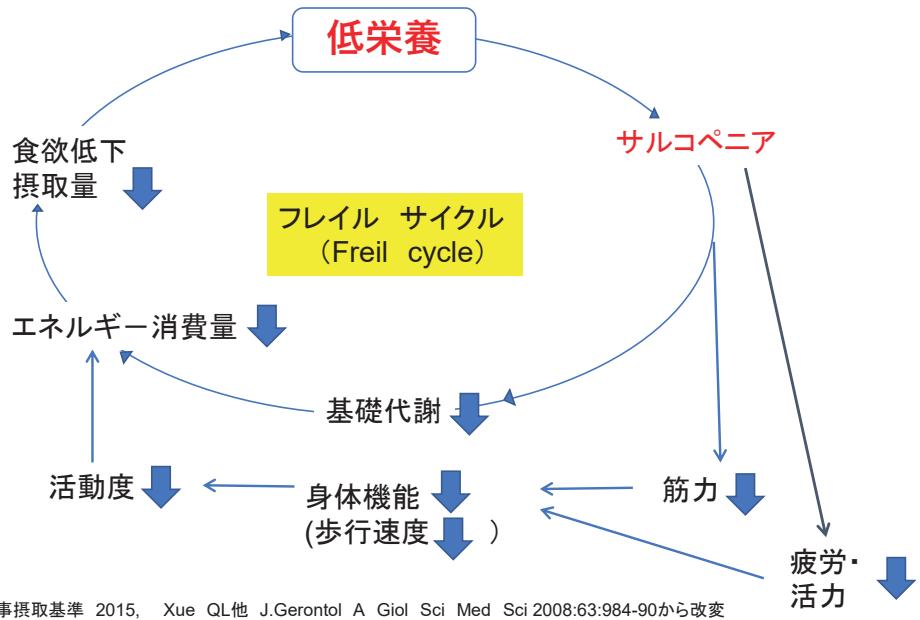


出典：平成29年度老人保健健康増進等事業
「認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」（一般社団法人日本健康・栄養システム学会）追加解析

127

令和2年11月5日(木) 第191回社会保障審議会介護給付費分科会

認知症高齢者の低栄養は、なぜ問題なのか？



⑥ フレイル・サイクルと低栄養

低栄養(protein energy malnutrition: PEM): エネルギーとたんぱく質の欠乏した状態
フレイル: 虚弱 健康障害に陥りやすい状況
サルコペニア: 加齢に伴う筋力の減少、または老化に伴う筋肉量の減少

⑦ 低栄養と死亡・入院の関連

要介護高齢者の低栄養を見過ごすことが、予後を悪化させることにつながるのは「ほぼ間違いない」

特養・老健入所者1,646名 (85.7 ± 8.7 歳): 低栄養状態中高リスク者は54.8%、低リスク群に対し、200日間の追跡で死亡HR: 2.102、入院HR: 1.434と有意に増加。(杉山・高田他、2015) ※右図参照

特養・老健入所者1,646名 (85.7 ± 8.7 歳): やせ(BMI < 18.5 未満)の者は31.8%、標準群に対し、1年間の追跡で死亡HR: 1.84、入院HR: 1.28と有意に増加。(藤川・高田・杉山他、2018)

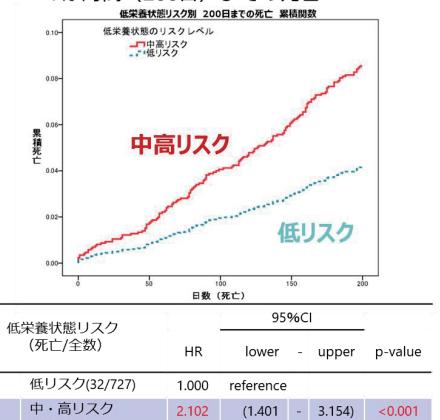
在宅療養要介護高齢者1,142名 (81.2 ± 8.7 歳): 低栄養(MNA-SF)者は、1年間の追跡で死亡HR: 4.31、入院HR: 2.49、入所HR: 2.11。(葛谷他、2015)

在宅療養高齢者181名 (79.8 ± 8.8 歳)において、低栄養(MNA < 17)者は、2年間の追跡で死亡HR: 14.05。(Inoue他、2007)

地域・病院・施設で生活する高齢者の低栄養による低アルブミン血症は、筋肉量が有意に減少した人々にみられ、高齢者の死亡予測因子となる。(Cabrerizo S, et al. 2015)

杉山、高田、田中: 後期高齢者における低栄養、平成27年度厚生労働省補助金
後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究(研究代表者 鈴木隆雄) ※一部追加

【特養・老健】ベースライン時 低栄養リスク別
7か月間(200日)までの死亡



低栄養状態 中高リスク者では、低リスクよりも死亡のリスク(ハザード比)が、約2倍大きい

平成26年度老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進事業分)「施設入所退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」(日本健康・栄養システム学会)

口腔・栄養スクリーニングの実務について

⑧令和3年度介護報酬改定 通所系サービス等における口腔機能向上の取組の充実

概要	【通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★】
○ 通所・居住系等のサービスについて、利用者の口腔機能低下を早期に確認し、適切な管理等を行うことにより、口腔機能低下の重症化等の予防、維持、回復等につなげる観点から、介護職員等が実施可能な口腔スクリーニングを評価する加算を創設する。その際、栄養スクリーニング加算による取組・評価と一体的に行う。【告示改正】	
○ 口腔機能向上加算について、CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用による更なるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを評価する新たな区分を設ける。【告示改正】	

単位数	<現行>	<改定後>
栄養スクリーニング加算 5単位／回	⇒	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）20単位／回（新設）（※6月に1回を限度） 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）5単位／回（新設）（※6月に1回を限度）
口腔機能向上加算 150単位／回	⇒	口腔機能向上加算（Ⅰ）150単位／回（現行の口腔機能向上加算と同様） 口腔機能向上加算（Ⅱ）160単位／回（新設）（※原則3月以内、月2回を限度） (※(Ⅰ)と(Ⅱ)は併算定不可)

算定要件等
<口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）>
○ 介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること（※栄養アセスメント加算、栄養改善加算及び口腔機能向上加算との併算定不可）
<口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）>
○ 利用者が、栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること（※栄養アセスメント加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定しており加算（Ⅰ）を算定できない場合にのみ算定可能）
<口腔機能向上加算（Ⅱ）>
○ 口腔機能向上加算（Ⅰ）の取組に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること

⑨ 口腔・栄養スクリーニング

イ. 口腔のスクリーニング	ロ. 低栄養のスクリーニング
a. 硬いものを避け、やわらかい者ばかりを中心に食べている	a. BMIが18.5未満
b.入れ歯を使っている	b. 直近1~6か月間で3%以上の体重減少 または直近「6か月間で2~3kg以上の体重減少」
c.むせやすい	c. 血清アルブミン値 3.5g/dl未満 d. 食事摂取量が不良 (75%以下)

認知症GHの介護職等は、次のことを行う。

- ・入居高齢者の利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行う。
- ・上記イ及びロの各項目について<リスク有>かを確認する。
- ・<リスク有>と確認した情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供する。

「全国介護保険・高齢者保健福祉担当者会議(令和3年3月9日)別冊資料
(介護報酬改定)より抜粋」

栄養管理体制における実務について

⑩ 令和3年度介護報酬改定 認知症グループホームにおける栄養改善の推進

【認知症対応型共同生活介護★】

概要

- 認知症グループホームにおいて、栄養改善の取組を進める観点から、管理栄養士が介護職員等へ利用者の栄養・食生活に関する助言や指導を行う体制づくりを進めることを評価する加算を創設する。【告示改正】

単位数

<現行>	<改定後>	
なし	⇒ 栄養管理体制加算	30単位／月 (新設)

算定要件等

- 管理栄養士（外部※との連携含む）が、日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的助言や指導を行うこと
※ 他の介護事業所、医療機関、介護保険施設、日本栄養士会や都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」。ただし、介護保険施設については、常勤で1以上又は栄養マネジメント強化加算の算定要件の数を超えて管理栄養士を配置している施設に限る。

15

⑪管理栄養士による「栄養ケアに係る技術的助言及び指導」の内容

- ① 利用者の低栄養状態の評価方法
(体重、BMI、食事摂取食事摂取状況等)
- ② 栄養ケアに関する課題（食事中の傾眠、拒食、徘徊、多動等）への対応方法
- ③ 食形態の調整及び調理方法その他の当該事業所における日常的な栄養ケアの実施にあたり必要と思われる事項など

令和3年度介護報酬改通知 :

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html

⑫ 管理栄養士による「栄養ケアに係る技術的助言及び指導」における記録事項

イ. 当該事業所における利用者の栄養ケアを推進するための課題

ロ. 当該事業所における目標

ハ. 具体的方法

二. 留意事項

ホ. その他必要と思われる事項

(具体的な記録については、事例参照のこと)

令和3年度介護報酬改通知 :

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html

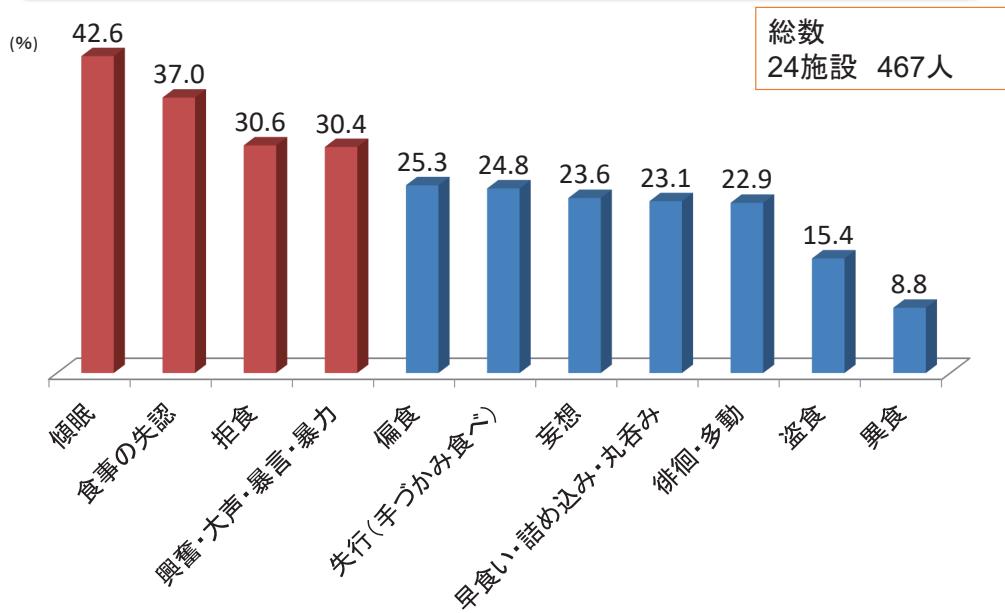
認知症高齢者に対するミールラウンドと栄養ケア

⑬認知症高齢者にみられる特徴的な摂食行動の例

- 食べたことを忘れて食事の要求をする
- 食べ方が分からず、箸やスプーンなどの使い方が分からない
- 食事摂取量や水分摂取量が少ない、食べる内容にムラがある
- 咀嚼・嚥下がスムーズにできない、誤嚥する
- 口の中を食べ物でいっぱいにする
- 食べ物と異物の区別ができない
- 他人の食事に手を伸ばす
- 食べるのに長時間要する、集中できない
- 口渴を訴えない
- 拒食する
- 食事の嗜好が極端に変化する
- 食事中に席を立ち、動き回る

⑭ 認知症高齢者の食事時の徵候・症状の出現頻度

食事の失認、傾眠、拒食、興奮は30%以上の出現頻度であった



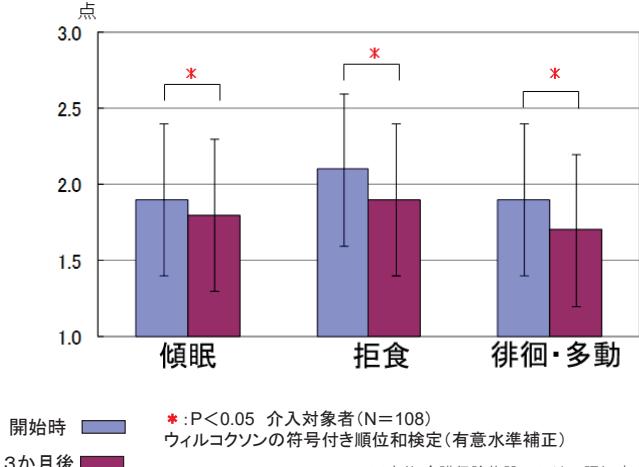
田中和美、高田健人、東野定律、杉山みち子. 介護保険施設認知症高齢者における食事時の徵候・症状と栄養ケアに関する研究.
日本健康・栄養システム学会誌. 2011;11:7-22.

図 1

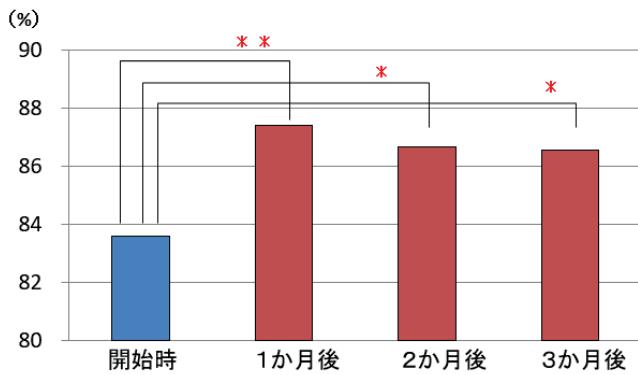
⑯ 認知症高齢者に対する栄養ケアの有効性

認知症高齢者の食事中の徴候・症状（傾眠、拒食、徘徊・多動）等に対して、管理栄養士が食事の観察等を通じて、適切な栄養ケアを実施することで、食事中の徴候・症状の発生頻度が低減し、食事量が改善した。

認知症高齢者の食事時の徴候・症状の頻度の軽減



認知症高齢者の食事摂取量(%)の変化



*: P<0.05 介入対象者(N=108)
**: P<0.001 介入対象者(N=108)
食事摂取量: ウィルコクソンの符号付き順位と検定(有意水準補正)
田中他.介護保険施設における認知症高齢者の食事中の徴候・症状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

⑯ 認知症高齢者の栄養食事支援のポイント

栄養食事支援の流れ

- ケア記録や介護職等から情報を得るとともに、ミールラウンド等を行い、食事量や食事に影響を与えていたり食事時の徴候・症状を分かりやすく具体的に記録する



- 食事摂取量や体重が変化しているかどうかを把握する



- 担当者会議に参加し、ケアプランに記載し、継続して記録する。

(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)
- 食事の後半に全部混ぜる (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)
- 食事時何度も立ち上がる (徘徊、多動)

⑯ 食事時の徴候・症状…傾眠

- 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る。原因としては身体機能の衰え、食事環境などが考えられるが、疲労も一つの要因となることがある。
- 脳血管性認知症、アルツハイマー認知症ともに見られる。
- 栄養食事支援の要点**…その日の体調や時間帯と関連することが多いため、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。



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する
・食事時に意識の混濁がみられる	覚醒を促すためのボディータッチ
・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

◆ 傾眠の栄養ケア内容…
◆ 配膳時間の変更
◆ 食事中の声かけ・ボディータッチ
◆ 覚醒状態を確認
◆ 食事介助
◆ 食事量増大効果→栄養補助食品・濃厚流動食
◆ 食形態の見直し
◆ 投与薬剤の確認

平成21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)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(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)班」研究班長杉山みち子、副班長田中和美)より

⑰ 食事時の徴候・症状…食事時の失認

- 視知覚機能が損なわれていないのにもかかわらず、対象物を食事として理解できなくなること。空間における物と物との位置関係が理解できなくなり、日常使用しているものを触っても判断できない。主にアルツハイマーに見られる。
- 栄養食事支援の要点**…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、他職種の介助状態の聞き取り等から把握し、食事量等の変化を評価する。

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

《食事の失認の栄養ケア内容》
◆ 色の付いた食器
◆ 始まりの声かけ
◆ スプーンや箸の手渡し
◆ 一皿ずつの提供
◆ 食事介助
◆ 献立の説明
◆ 食事の特徴付け (ランチョンマット、食札等) 等

平成21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)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(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)班」研究班長杉山みち子、副班長田中和美)より

(19) 食事時の徴候・症状…拒食

- 認知症高齢者では、しばしば食欲の低下がみられ、精神的な原因で食事を拒否するいわゆる拒食の場合もある。また、必ずしも食事を拒否しているとは限らないこともある。
- 脳血管性認知症、アルツハイマーでも見られる。
- 栄養食事支援の要点…**食べられなかった量より、食べられた量を中心に把握し、評価する。

観察の要点	対応する栄養・食事ケアの内容例
・食事を拒否する ・水分を拒否する ・食事介助を拒否する	お気に入りのものを置いたり、本人専用の食器を用いたり、落ち着く環境を提供する
	嗜好に応じたものを提供する
	時間を変えたり、食事の匂いにより食欲を刺激する

平成21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)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(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)班」研究班長杉山みち子、副班長田中和美)より

(20) 食事時の徴候・症状…偏食

- 認知症における偏食は、病状の進行とともに食事の嗜好の変化が起こりやすくなるため、決まった食品ばかり食べたり、反対に決まった食品を拒否する等が見られる事も多い。
- 栄養食事支援の要点** 特定の献立の残菜量や訴えを把握し、食事量を評価する。また、長期的な体重変化や体調も考慮する。

- ◆ 偏食の栄養ケア内容…
- ◆ 食器の変更
 - ◆ なじみのある食器への変更（湯のみ、茶碗等）
 - ◆ 味を言葉で説明する
 - ◆ エネルギーの確保を優先 等



(21) 食事時の徴候・症状…興奮・大声・暴言・暴力

- 興奮・大声・暴言等は、自分の行うことを止められるなど、人との関係の中や環境で引き起こされることが多い。特定の状況で出現することもある。急に出現することもある。
アルツハイマーに多く見られる
- **栄養食事支援の要点**…興奮等は決まった時間や状況(夕刻、便秘等)で現れることが多いため、本人の落ち着いた時間帯、状況を把握し、食事量、嚥下状態への影響を評価する

観察の要点	対応する栄養・食事ケアの内容例
・食事時に興奮・大声をあげる	興奮状態をなだめるよう声かけをして落ち着いて食事ができるようにする
・介助者等に暴言・暴力をふるう	本人の訴えを傾聴する 落ち着いている時間帯に食事を提供する 静かな別室等、落ち着く環境を提供する

平成21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)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(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)班」研究班長杉山みち子、副班長田中和美)より

(22) 食事時の徴候・症状…徘徊・多動

- 徘徊は、歩き回る行動であるが、何らかの理由が存在することが多い。摂食行動への影響としては、歩き回りたいという衝動が強いために食べることに対して集中を欠く。
- **栄養食事支援の要点**…食事時の観察から多動、立ち上がり、徘徊の回数を把握し、食事量の変化や影響について評価する。

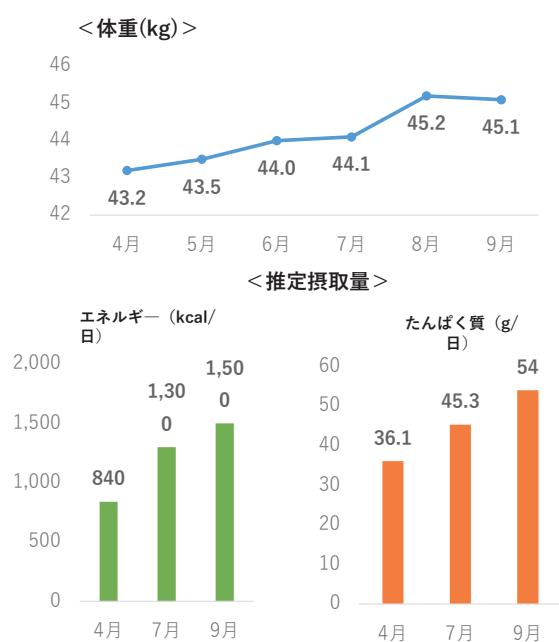
観察の要点	対応する栄養・食事ケアの内容例
・食事時に席を離れて歩く ・食事時に席から立ち上りうとする ・食事時に落ち着かない様子である	本人が落ち着いて食事できる環境を作る やさしく声かけして席まで誘導し、自分の席で食べさせていただく 本人の決まった食器等を使用する

平成21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)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(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)班」研究班長杉山みち子、副班長田中和美)より

認知症GHにおいて管理栄養士が連携した栄養管理の実際

㉓ 認知症GHにおいて併設に介護保険施設の管理栄養士が連携した栄養管理の事例A

- 認知症GHの利用者が提供されているきざみ食によって「むせること」が頻回になり、体重が減少してきた。このことに不安を感じた管理者より管理栄養士に相談があった。管理栄養士がミールラウンドをしたところ食形態の不適合が発覚し、食形態の変更やその対応を管理者に提案・説明し、3、6カ月目には食事摂取量が増加し、体重増加がみられた。



対象者：84歳女性/要介護度3/認知症（日常生活自立度 II b）

スクリーニング：BMI17.9kg/m²・摂食嚥下リスク(+)

アセスメント：

- ミールラウンド
 - 何度も飲み込んでいるが口腔内の残渣がなかなか減らず、お茶を飲むときにもせている
 - 食べ残しだけでなく、食べこぼしも1~2割程度ありそう
- 管理栄養士による聞き取り
 - むせるのがつらく、途中が食事が嫌になってしまふと話される
 - 甘いものが好き

栄養診断：

- P（問題）：低体重
- E（原因）：食形態の不適合による経口摂取量不足
- S（兆候・症状）：BMI17.9、食事時のむせ

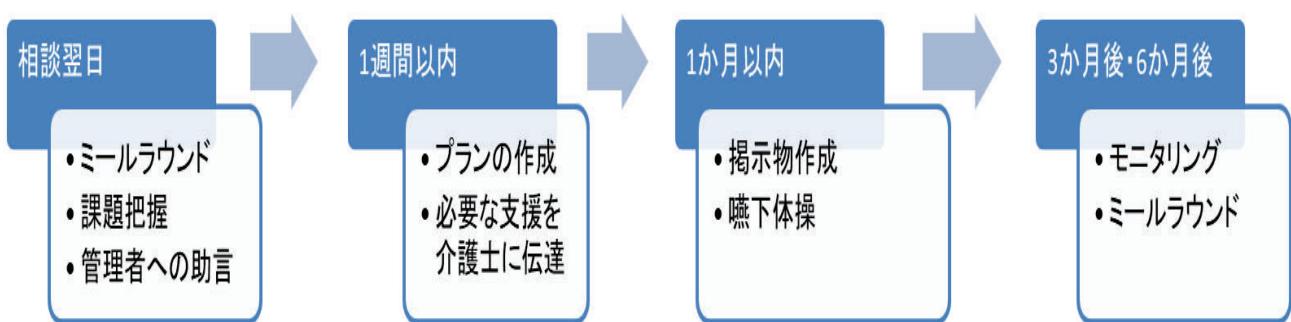
栄養ケア計画：

- 提供栄養量 エネルギー1,500kcal/日、たんぱく質54 g /日、水分1,200ml/日
- 食事形態をきざみ食→学会分類コード3のソフト食に変更
- 飲み物も中間のどろみをつける
- 本人と相談し、食事の前に嚥下体操を実施する

平成医療福祉グループ

㉔ 認知症GH:栄養管理体制の流れ(例)

特養と併設の認知症GHの管理者より、最近、食事時にむせてしまうAさんががだんだん体重減少していたが、スクリーニングよって、低栄養の中リスクだったと、介護支援専門員を通じて特養の管理栄養士に相談があった。当該管理栄養士は、以下の栄養管理体制の手順によって対応した。



平成医療福祉グループ

31

㉕ 認知症GH:管理栄養士によるミールラウンドによる課題把握と助言内容

○ミールラウンド実施



○把握された課題と解決のための管理者への助言内容

- ・頸部後屈あり ⇒ ティルト式の車いすに変更
- ・嚥下機能低下に伴い、口腔内に食残が多量にみられる
⇒ 食形態変更（嚥下しにくいきざみ食からソフト食へ・介助時は交互嚥下に注意
- ・お茶を飲むとムセ込み頻回 ⇒ 中間のとろみ
- ・食事后半は疲労により自力摂取が難しい ⇒ 時間を決めて食事介助

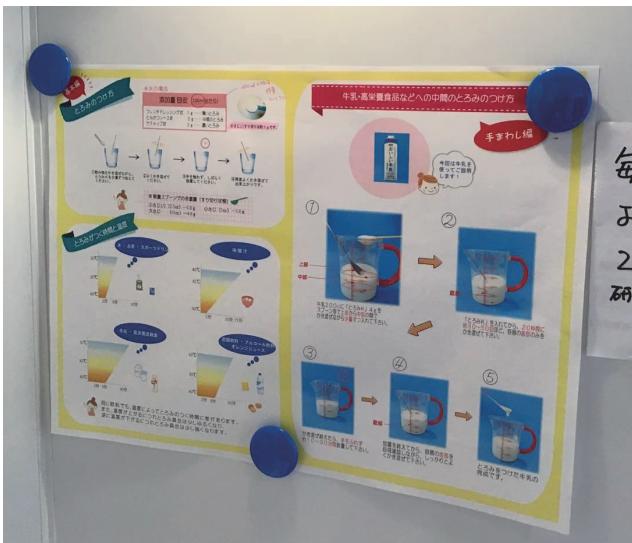
平成医療福祉グループ

32

㉖ 認知症GH:管理栄養士によるポスター掲示と介護職員への説明

○とろみのつけ方

管理者に提案し承諾を得て、キッチンにトロミのつけ方についてのポスターを掲示し介護職員に具体的に実演説明（見える化）



平成医療福祉グループ

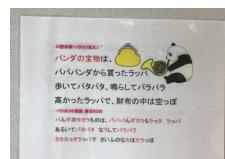
33

㉗ 認知症GHにおける栄養管理体制:嚥下体操(DVDの活用)

○嚥下体操(管理栄養士による)

毎食前に10-15分時間を設定。

身体全体を動かすためにD V Dを見ながら「うめぼし体操」を毎回実施。その後介護職員により嚥下体操が日替わりで行われる。

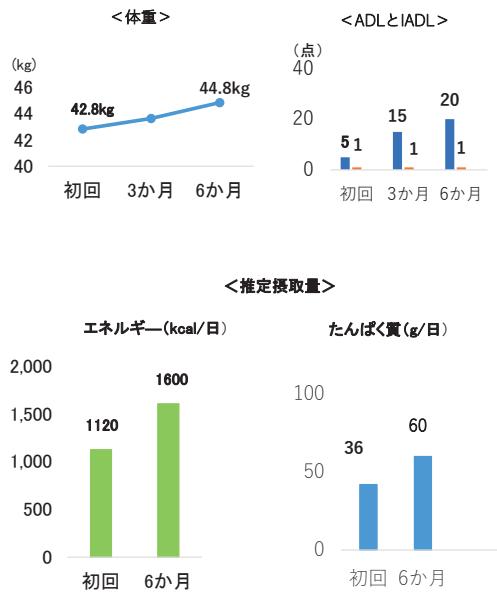


平成医療福祉グループ

34

㉙認知症グループホームから併設病院への入院・退院後に 管理栄養士による居宅療養管理指導および栄養ケア助言・指導を介護職に行った事例B

○本事例は、認知症グループホーム入所中、急性胃炎、誤嚥性肺炎により入院、14病日で退院、食事摂取量75%以下、低栄養状態、継続した栄養ケアが必要、認知症グループホームに訪問（居宅療養管理指導）、摂食・嚥下機能と認知症状を考慮した食事提供ができるうようアドバイス、食事摂取量の改善、体重増加を図ることができた



千春会病院

対象者:88歳 女性/要介護度3/認知症高齢者(日常生活自立度IIb)
認知症グループホーム入所/訪問診療/訪問看護

スクリーニング:食事摂取量75%以下 低栄養
(BMI17.1kg/m² Alb2.4g/dl 摂食・嚥下リスク(+))

アセスメント:

- 退院前カンファレンス：家族からの聞き取り：
-認知症グループホームでは何でも食べていた
-嚥下食や水分のところが必要なのか
-退院後に食事をしっかりと食べるようになってほしい
- 退院時：認知症グループホーム管理者、介護職より聞き取り
-嚥下食は市販の介護食でしか準備できない
-普通の食に戻してあげたい
- 管理栄養士による認知症グループホーム訪問
-認知症グループホームでも嚥下食の摂取量は少ない状況
水分(汁物・お茶)はところ付きでもよく飲んでいる

栄養診断:

P(問題):経口摂取量の不足
E(原因):十分なエネルギーを摂取する能力不足
S(症状・兆候):食事拒否

栄養ケア計画:

必要栄養量 エネルギー1400kcal/日 たんぱく質50g/日 水分1500ml/日

- 管理栄養士が月2回、認知症グループホームに訪問(居宅療養管理指導)を行い、食事摂取量が少ない原因を食事記録の確認、訪問時のミールランドで分析し、改善を図っていく
- 摂食・嚥下機能と認知症状を考慮した食事提供ができるよう認知症グループホームにアドバイスを行っていく

㉚管理栄養士が利用者に適した 食事やおやつを提案します

- 利用者の状態にあった食事
- 弱い力でかめる食事
- 少ない量でもカロリーやたんぱく質を
をしっかりとれる食事
- カロリーやたんぱく質を
手軽に補えるおやつ



苅部康子(介護老人保健施設 リハパーク舞岡栄養課長)
36

⑩低栄養のリスクが把握された利用者に対しては、管理栄養士は以下のようなアセスメントを行うことができます

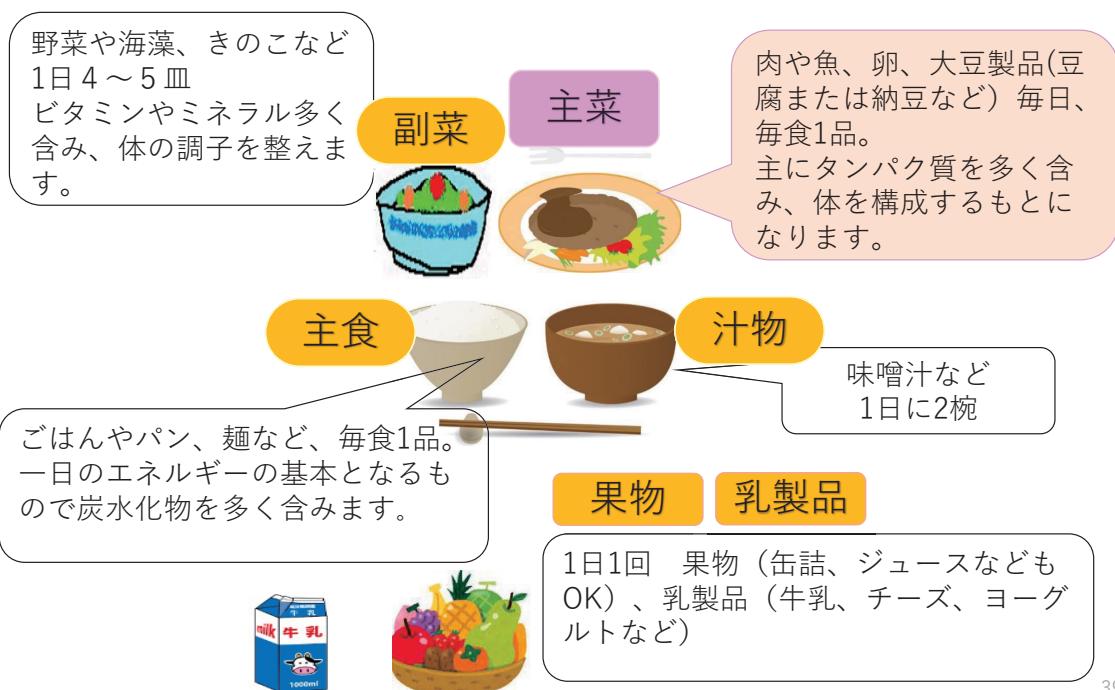
病歴	現病歴・既往歴・手術や入院の有無
体重	現体重・通常体重・体重減少・体重増加
食事の内容	食事の回数、摂取栄養量(主食の摂取量、副食の摂取量)、水分摂取量、嗜好
食事の準備	調理担当者。買い物(坂道や階段の状況、重い物の運搬が困難、商店が少ない、買い物の経験が不足)、食事の準備(体力や気力の低下で食事の支度が困難、調理経験不足、食品の衛生管理が困難)
食事の留意事項	食事療法の必要性、食物アレルギー、服薬
口腔・嚥下	食事時の摂食・嚥下状況(小さくして食べる、飲み込みに問題)
食欲・食事の満足度	いつから食事の満足度や食欲が低下したのか 何か身体や生活の変化があったのか 聞き取り例：「食欲の最もある状態を5、ない状態を1とすると、利用者の現在の状態はどの位ですか？」
食事に対する意識	利用者・家族・食事準備担当者等の食や栄養に対する知識・調理・食べることへの認識などの主観的な事項。聞き取り例：「お食事を作ったり、ちゃんと栄養をとらなければいけないという気持はありますか？」 食事づくりができるか、食事づくりの意欲があるか、食事づくりを支援する人がいるか、栄養等を考えて食べているか、食事の準備をしているなども確認しながら聞き取る。
介護サービス	他の介護サービス等の有無をチェックする。現在利用されている、訪問介護等による食事介助、配食サービスなど調理支援の状況、本人の意向を確認する。

参考：栄養改善マニュアル（改訂版）平成21年3月「介護予防マニュアル」分担研究班（班長 杉山 みち子）より

⑪認知症GHの今日の食事の献立を書いてみましょう 管理栄養士が助言します

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	焼魚・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
（7:00） 朝				
（12:00） 昼				
（18:00） 夕				
間食				

③2一日に何をどれだけ食べればよいか



39

③3多様な食品を摂りましょう



主食にプラス

- ・日付を入れ、その日食べた食品に○をつけましょう。
- ・いろいろな食品を食べることが健康長寿の秘訣です。1日7点が目標です。

日付	さ:魚	あ:油	に:肉	ぎ:牛乳	や:野菜	か:海藻	い:芋	た:卵	だ:大豆	く:果物	○の数
1日目 月日			○	○	○			○			4
2日目 月日		○	○	○	○			○		○	6
3日目 月日	○	○		○	○	○		○		○	7
4日目 月日											
5日目 月日											
6日目 月日											
7日目 月日											

「さあ、にぎやかにいただく」は、東京都健康長寿医療センター研究所が開発した食品摂取の多様性スコアを構成する10の食品群の頭文字をとったもので、ロコモチャレンジ!推進協議会が考案した合言葉です。

これら10品目のうち、7品目以上をバランスよく摂取している方は4年後にも高い身体機能を維持できると言われています。

辻部康子(介護老人保健施設 リハパーク舞岡栄養課長)

40

③4) 低栄養対策 おいしくしっかり食べましょう



ざるうどん
ゆで200g
たんぱく質合計 約5.2g



納豆卸しうどん (納豆80gと卵1ヶ)
たんぱく質合計 約21.8g

たんぱく質は1食20gが目安です。たんぱく質は一度の食事に偏らず、毎回の食事から一定の量を摂ることが大切です。



サケ1切れ80g
たんぱく質17.9g



いわし1尾100g
たんぱく質15.8g



まぐろ赤身5、6切れ100g
たんぱく質26.4g



豚肉ロース70g
たんぱく質12.8g

苅部康子(介護老人保健施設リハパーク舞岡栄養課長)
41

③5) 低栄養対策 中食 しっかり食べましょう

「中食(なかしょく)」とは、外食と家庭での料理の中間にあり、惣菜や弁当などを買って帰り、家で食べることです。



食パン60g(6枚切り1枚)
158kcal たんぱく質5.7 g



たまごとハムと野菜のサンドイッチ
飲み物 牛乳200ml
477kcal たんぱく質29.6 g



コンビニ食材から賢くたんぱく質を摂りましょう!



卵1ヶ
たんぱく質6.2g



牛乳1杯200ml
たんぱく質6.6g



鶏もも唐揚げ100g
たんぱく質17.3g



絹ごし豆腐100g
たんぱく質4.9g

③⑥管理栄養士が支援する例



買い物支援



限られた費用(500円)で栄養のバランスを考えて買い物ゲームをします。新聞の折り込みチラシを用いた買い物支援も手軽に行えます。

苅部康子（介護老人保健施設リハパーク舞岡栄養課長）

43

③⑦アプリを活用し効率化

主な健康管理アプリの特徴

サービス名	あすけん	カロママ	カロミル	FiNC
記録できる主な項目(無料)	食事・体重・体脂肪・歩数・運動・睡眠時間・お通じ・調子・日記	食事・体重・体脂肪・歩数・運動・睡眠満足度・気分・メモ	食事・体重・体脂肪・歩数・運動	食事・体重・歩数・運動・睡眠・生理
特徴	AI栄養士が健康度を採点しアドバイス。食材やレシピも提案	タイムライン形式でAI管理栄養士とやりとりし、アドバイスをもらえる	食事写真の画像解析が高精度。栄養素を円形のレーダーチャートで表示	AIトレーナーがアドバイス。獲得したポイントで買い物ができる
料金	基本は無料。プレミアムサービスは月額480円	無料	基本は無料。血糖値の記録は月額240円	基本は無料。有料サービスは月額480円

出典：

2021年(令和3年)1月11日(月曜日)読売新聞12版 10頁

44

③8 認知症高齢者の栄養食事支援の体制の確立

- 認知症高齢者の食事は生活の質に直結する
- ミールラウンド等を通じてよく観察し、「食べること」を阻害する、**食事時の徵候・症状を把握**する。
- 日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的助言や指導を行う体制を作り、**栄養管理体制加算 30単位／月**を積極的に取得し、認知症高齢者の**栄養食事支援**を行いましょう。

資料(調査票)

「認知症グループホームにおける栄養管理の実態に関する調査」

※グループホーム（認知症対応型共同生活介護）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。

2020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 同一法人で同じ市町村内にある施設・事業所について、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 病院または診療所 2. 介護保険施設 3. 居宅介護支援事業所

問3 ユニット数を、数字で記入してください（認知症対応型共同生活介護のみ）。

ユニット数：（　　）ユニット

問4 グループホームの利用者数を要介護度別に数字で記入してください（いない場合は0人と記入）。

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5 認知症高齢者の日常生活自立度別の利用者数を数字で記入してください（いない場合は0人と記入）。

自立（　　）人 I（　　）人 IIa（　　）人 IIb（　　）人

IIIa（　　）人 IIIb（　　）人 IV（　　）人 M（　　）人 不明（　　）人

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。
(専任・兼任を合わせた実人数。いない場合は空欄ではなく0人と記入してください)。

介護福祉士^a () 人 看護師^b () 人 管理栄養士^c () 人

a. 介護職員初任者研修修了者(ホームヘルパー2級相当)は含まない b. 准看護師を含む c. 栄養士を含む

III. 利用者の栄養・食事について (※記入日までの最近1か月間の状況をお答えください)

問1 利用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. 提供していた(提供量は個人ごとに設定するように考慮した)
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)
3. わからない

問2 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)を行った利用者がいましたか?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. いなかつた
3. わからない

問3-i 利用者の食事提供・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. あった
2. なかつた
3. わからない



ii それはどのようなものでしたか? あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. やせ
2. 肥満
3. 糖尿病や腎臓病などの食事療法
4. 食欲不振
5. 食事時の失認・偏食・傾眠などの行動心理症状
6. 誤嚥・窒息
7. 食事形態の適正
8. 咀嚼
9. 嘔下
10. その他

IV. サービス担当者会議での情報共有について (※記入日までの最近6か月間の状況をお答えください)

問1 体重の情報が共有されていた利用者^{*}は次のどれですか? (あてはまる番号1つに○)

1. 全員分
2. 一部の利用者の分
3. 全くいなかつた
4. わからない

問2 低体重者(BMI18.5未満)であるかどうかの判断が共有されていた利用者^{*}は次のどれですか?

1. 全員分
2. 一部の利用者の分
3. 全くいなかつた
4. わからない

問3 咀嚼または嚥下の問題があるかどうかの判断が共有されていた利用者^{*}は次のどれですか？

- | | | | |
|--------|-------------|------------|----------|
| 1. 全員分 | 2. 一部の利用者の分 | 3. 全くいなかった | 4. わからない |
|--------|-------------|------------|----------|

問4 食事摂取量が少ないかどうかの判断が共有されていた利用者^{*}は次のどれですか？

- | | | | |
|--------|-------------|------------|----------|
| 1. 全員分 | 2. 一部の利用者の分 | 3. 全くいなかった | 4. わからない |
|--------|-------------|------------|----------|

* 議題に挙がらなくとも情報を把握できる状態であれば共有したとみなす。資料や口頭など手段は問わない。

V. 食事の問題への対応について（※記入日までの最近6か月間の状況をお答えください）

問1- i グループホーム利用者のケアプラン作成の際に低栄養などの食事の問題への対応について議論されていた利用者はいましたか？あてはまる番号1つに○をつけてください。

- | | | |
|-------|----------|----------|
| 1. いた | 2. いなかった | 3. わからない |
|-------|----------|----------|



ii そのうち、実際にケアプランに盛り込まれた利用者はいましたか？あてはまる番号1つに○をつけてください。

- | | | |
|-------|----------|----------|
| 1. いた | 2. いなかった | 3. わからない |
|-------|----------|----------|



iii 低栄養改善のための対応には、どの専門職が関わっていましたか？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. 管理栄養士 ^c |
|-----------------------|-------|---------------------|-----------------------|

- | | | | |
|---------|----------|----------|--------|
| 5. 歯科医師 | 6. 歯科衛生士 | 7. 言語聴覚士 | 8. その他 |
|---------|----------|----------|--------|

a. 介護職員初任者研修修了者（ホームヘルパー2級相当）は含まない b. 准看護師を含む c. 栄養士を含む



iv 「2. いなかった」の理由について、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

- | | |
|-------------------|------------------------|
| 1. 相談できる専門職がいないから | 2. 介護報酬を算定できるサービスがないから |
|-------------------|------------------------|

- | | |
|-----------------------------|-------------|
| 3. 効果や意義がありそうな対応が思いつかなかったから | 4. 手間がかかるから |
|-----------------------------|-------------|

- | |
|-------------------|
| 5. 優先度が高い問題ではないから |
|-------------------|

- | |
|---------------|
| 6. その他（具体的に：） |
|---------------|

問2 食事・栄養に問題がある利用者に対して、管理栄養士による助言や支援が必要ですか？

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 | 3. わからない |
|-------|--------|----------|

次ページへ続きます

VI. 栄養スクリーニング加算について（※記入日までの最近6か月間の状況をお答えください）

問1 栄養スクリーニング加算を算定した利用者が1人以上いましたか？

あてはまる番号1つに○をつけてください。

1. いた 2. いなかつた 3. わからない



ii 加算が算定された利用者について、あてはまる番号1つに○をつけてください。

1. 全員分 2. 一部の利用者の分 3. わからない

質問は以上です。ご回答ありがとうございました。

記入もれがないか、いま一度ご確認の上、同封の封筒でご返送ください。なお集計結果は、Webページ（<http://www.j-ncm.com/>）に掲載予定です。

栄養管理を行うにあたって必要だと考えることがあれば下記に記載してください。

自由記載：

「インタビュー調査」のお願い

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一部の事業所（モデル事業所）を選出し、WEBや電話によるインタビューで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。インタビューの時間は45分程度を予定しております。今後予定している「インタビュー調査」への協力いただける場合には、下記にご記入ください。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。

ご担当者の姓名（カタカナ）：

お電話番号：

電話を受けるのに都合の良い時間：_____ 曜日_____ 時頃_____

メールアドレス：

□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

「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：遠又靖丈・高田健人・長瀬香織・浅見桃子・加納亜紀子

メールアドレス：ncmgh2020survey@gmail.com

令和2年度厚生労働省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在り方に関する調査研究調査研究事業』

2021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 : 03-5829-08590 Fax : 03-5829-6679

e-mail : ncm@j-ncm.com

【不許複製】