

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（BMI18.5 kg/m²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見られました(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(嚥めない・飲み込めない者への対応、栄養が足りているか分からない、献立のバリエーションが少ない、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<リスク有>のものを確認し、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＞利用者があ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、むせがなくて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。

ロ.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、仰臥位で測定を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、介護職等と一緒にいき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徴候・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%以上の高頻度に見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徴候・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徴候・症状にあわせた栄養ケアを行うことにより食事時の徴候・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時の徴候・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. 食事時の徴候・症状と有効な栄養ケア

認知症高齢者の食事時の徴候・症状別栄養ケア一覧を示しました(表1)。

これらの徴候・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. 食事時の徴候・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徴候・症状別別栄養ケア一覧

| 認知症高齢者の食事中の徴候・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」と声をかける。 | 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（〇色から〇色へ） | 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 | |
| | | | 落ち着いている時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示する | 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らしてしまう 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、海苔等) | 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いにも関わらず、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 | |
| | | | 食器具の使い方を説明する | 声掛け | |
| 異食 | 食品でないものを口にに入れる | | 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（バランス、銀カップ、調味料入れ等） | 危険物の除去 | |
| | | | みかんやバナナなどの果物は皮を剥いて提供する | 危険物の除去 | |
| 盗食 | 他人の食事を盗って食べる | | 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 | 声掛け | |
| | | | 個別の席で食事を提供する | 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。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 (18)。

・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(⑲、⑳)。

・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、評価するようにします。

【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、アルツハイマー等でも見られます(㉑)。

・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】自分の食事ではなく、他の利用者の食事に手を出し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、食べることに對して集中を欠くようになります(㉒)。

・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 2,⑳）。

○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。食事のうちそばろ状のひき肉や、きざみ食という食形態が不適當であり、むせの原因となっていました（㉑）。

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、食事前の摂食嚥下ための準備体操が大切だと聞いたが、どのようにやっ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さんには、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使い方については、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をすることで食事摂取量が維持できるようになりました(23)。

・Bさんは毎回の食事摂取が3か月以降9割を超えるようになりました。また、Cさんは6か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わ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える化したり、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となります(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 麺 | 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日の中で、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ケなど毎食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本などを目安にしてください。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 (34)。

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！！ (35)

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 (36)

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、食べやす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 | <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 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 II b | 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/ 6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。食形態等をみてはい。 | | | | |

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GH〇〇事業所

訪問日時：〇月〇日

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>

〇事業所全体

| 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 | |

〇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、〇月〇日に訪問予定

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 | <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 | 8年 | 6月 | <input type="checkbox"/> 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・ <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 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 〇〇認知症GH事業所 管理者 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 | 〇〇〇 〇〇 | <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 明 <input checked="" type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 | 8年 | 6月 | <input type="checkbox"/> 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: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 | | |
| | | | | | | | | |

| 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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・体重 42.8kg (BMI17.1Kg/m2、) ・血清アルブミン値 2.4g/dl ・食事摂取量 主食20%、副食30% <p>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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所では嚥下食の提供は難しい | | | | | | |
| 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>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</p> <p>⇒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> | | | | | | |
| 当該事業所における目標 | <p>上記の4区別の分析は、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)、食事記録で行い、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> | | | | | | |
| 食形態の調整及び調理方法 | <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</p> <p>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> | | | | | | |
| その他の日常的な栄養ケアの実施にあたり必要な事項: | <ul style="list-style-type: none"> ・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 | | | | | | |
| 目標 | <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> <p>【主食】軟飯</p> <p>【主菜】煮魚、肉団子、肉じゃが</p> <p>【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)</p> </td> </tr> <tr> <td>ほとんど食べないもの</td> <td> <p>【主食】カレーライス(ごはんとのルウの区別が不可)、めん類(うどん・そうめんの具のみ食べる)</p> <p>【主菜】魚(さけ、あじ)のフライ</p> <p>【副菜】お浸し</p> </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・肉じゃが、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話込みや誤嚥リスクを予防する | よく食べるもの(好んで) | <p>【主食】軟飯</p> <p>【主菜】煮魚、肉団子、肉じゃが</p> <p>【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)</p> | ほとんど食べないもの | <p>【主食】カレーライス(ごはんとのルウの区別が不可)、めん類(うどん・そうめんの具のみ食べる)</p> <p>【主菜】魚(さけ、あじ)のフライ</p> <p>【副菜】お浸し</p> | 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) | <p>【主食】軟飯</p> <p>【主菜】煮魚、肉団子、肉じゃが</p> <p>【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)</p> | | | | | | |
| ほとんど食べないもの | <p>【主食】カレーライス(ごはんとのルウの区別が不可)、めん類(うどん・そうめんの具のみ食べる)</p> <p>【主菜】魚(さけ、あじ)のフライ</p> <p>【副菜】お浸し</p> | | | | | | |
| 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、以上の方法により助言指導を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か月後

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、以上の方法により助言指導を6か月間させて頂いた結果、食事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：〇〇事業所

訪問日時：〇年〇月〇日

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 |
|--------------|---|--|------|
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・食事摂取量を増大する ・体重を増やす ・誤嚥性肺炎の予防 | <ul style="list-style-type: none"> ○代替献立 <ul style="list-style-type: none"> ・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 <ul style="list-style-type: none"> ・おやつ時間帯に栄養補助食品の活用 ○食事介助の工夫○ <ul style="list-style-type: none"> ・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 <ul style="list-style-type: none"> 拒否のある食べ物は無理に介助しない ○体重の維持・増加＞ <ul style="list-style-type: none"> 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）

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分のみ）。

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、毎食提供されておりましたか?
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. いた(毎食分調整が1人以上) 2. いなかった 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. なかった 3. わからない



ii それほ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. 嚥下 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. 全くいなかった 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. 全くいなかった 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

* 議題に挙がらなくて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

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. いなかった 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】