

在宅訪問栄養指導の 実際について

山口内科 栄養室

日本栄養士会認定在宅訪問管理栄養士

水島美保

山口内科

福岡市早良区西新5-14-45

TEL092-821-2448

訪問介護

病棟

ケアマネ・訪問看護

外来・管理栄養士



本日の内容

1. 地域包括ケア
2. これからの高齢者の栄養
3. 生活習慣病の重症化予防
4. 在宅高齢者の食の現状
5. 訪問栄養食事指導について
6. 在宅での多職種連携
7. 嚥下障害について
8. まとめ

地域包括ケア

国から市町村へ

厚労省：地域包括ケア

在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）在宅療養を支える関係機関の例

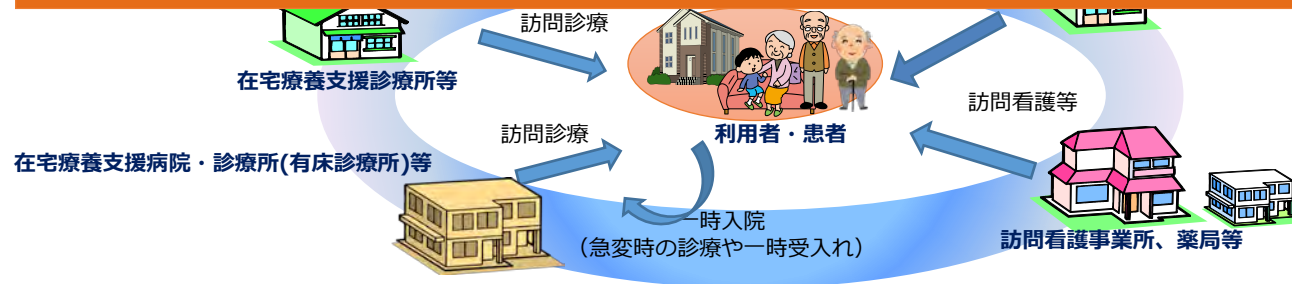
- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府

疾患があっても、認知症があっても
地域で暮らしていける社会



在宅医療の充実 介護との連携〈生活支援〉



厚労省HPより

表 1 在宅医療における連携に対する診療報酬・介護報酬

【診療報酬】	点数	算定機関	算定要件
退院時共同指導料 1	600 点(1,000 点)	在宅療養機関	在宅医師または看護師等 + 入院医師または看護師等
退院時共同指導料 2	300 点 + 2,000 点	入院医療機関 〃	在宅医師または看護師等 + 入院医師または看護師等 入院医師+(①在宅医師または看護師等, ②在宅歯科医師または歯科衛生士, ③在宅薬剤師, ④訪問看護師, ⑤介護支援専門員)のうち三者以上
地域連携診療計画管理料	〇〇〇 点	計画管理医療機関	当該医療機関が診療中の患者に係る地域
地域連携診療計画指導料(Ⅰ)			診療
地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)	300 点	連携医療機関	診療計画に基づく療養の提供と計画管理病院に対する情報提供
在宅患者連携指導料	900 点	在宅医療機関	在宅医師+(訪問歯科医師・訪問薬剤師・訪問看護師)で情報交換と指導
在宅患者緊急時等カンファレンス料	200 点	在宅医療機関	在宅医師+(訪問歯科医師等・訪問薬剤師・訪問看護師・介護支援専門員)でカンファレンスと指導
【介護報酬】	単位	算定機関	算定要件
医療連携加算	150 単位	居宅介護支援事業所	入院して 7 日以内に病院へ情報提供
退院・退所加算(Ⅰ)	400 単位	〃	30 日以下の入院で病院との面談や連携による
退院・退所加算(Ⅱ)	600 単位	〃	30 日を超える入院で 〃

退院時カンファレンス(必須)

()は在宅療養支援診療所

福岡県：介護予防一要素支援者対象

* 行政が在宅高齢者の栄養に関わる

平成26年度
福岡県地域ケア会議研修会
～模擬地域ケア会議～

… イントロダクション …

「地域包括ケアシステムと地域ケア会議」

平成26年12月20日
福岡県保健医療介護部高齢者支援課

専門職(助言者)に期待すること (その2)	
職 種	ケア会議における専門職としての視点等
管理栄養士	<p>①永年の生活習慣をみる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・習慣を改善させた成功例等の助言に心がけること 例え、カロリー制限の必要な事例に対しては、お茶碗や箸の選択など ・食事のアセスメントの必要度の見極め(特に栄養面に問題がなければスルーする) <p>②低栄養</p> <ul style="list-style-type: none"> ・タンパク質摂取は解るが、どのような調理、どのような素材を選択するかを知りたい ・肉×の人：卵、納豆、豆腐の他には？ ・肉○の人：1日のタンパク質摂取量の目安は○○グラム ・効果的なカルシウム摂取の方法(高齢者に適した食材の紹介) ・嚥下機能が低下している人に適した食材(言語聴覚士、歯科衛生士と要相談) ・必要量を摂取する工夫(おにぎり、ゆで卵等手で握んで食べることなど) <p>③糖尿病</p> <ul style="list-style-type: none"> ・具体的な成功例の助言を心がけること ・少量でも満腹感が得られる食べ方の紹介 ・野菜の調理方法 蒸し野菜等比較的ゆめに摂取出来る調理方法等の紹介 <p>④高血圧</p> <ul style="list-style-type: none"> ・減塩になれる方法(成功例) 食べ合わせ等の紹介 <p>⑤標準的なメニューの紹介</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コンビニ、スーパーでのメニュー(食材選び)づくり ・電子、電磁調理器、レンジレシピ、炊飯器レシピ等の紹介

厚労省：2016年度から新たな取り組み



厚生労働省は、管理栄養士と歯科衛生士などが高齢者が集まる場所や地域に積極的に出向いてリスクの高い人を見つけだし、生活改善の指導をする新たな取り組みを来年度から始める方針を固めました。(これにかかる予算は10億円)

2015年8月23日 NHKニュースより

【介護・高齢者】 高齢者 地域医療 栄養・食事

お年寄りの低栄養 管理栄養士が訪問相談

医療・介護最前線

ファイル



ツイート 18



0



2



おすすめ

1,159

2015年9月5日



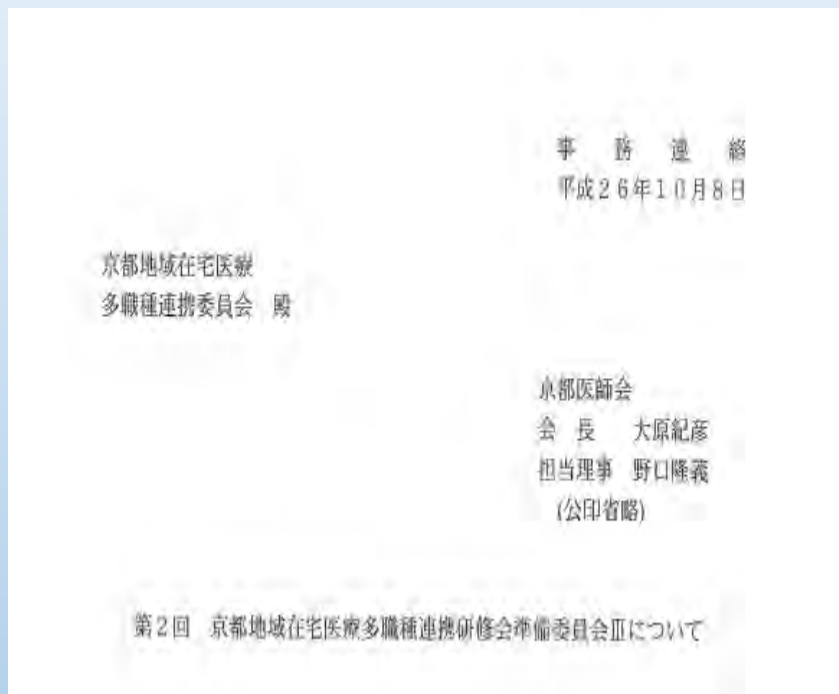
体重が急減したお年寄りの自宅を訪ね、相談を受ける管理栄養士の井上志保さん(左) = 大和市



お年寄りに、おいしく食べて元気になってもらいたい。大和市保健福祉センターは、低栄養状態になった高齢者へ、管理栄養士による訪問相談を続けている。全国初の取り組みといい、今年で3年目。対象者の体重が増え、地域の重症化率が減るなどの成果が表れてきた。同時に、市全体の社会保障費を減らす効果があることもわかった。

低栄養とはエネルギーとたんぱく質が不足した状態で、高齢者には特に厳しい。外出しにくくなり、病気や介護状態になるリスクも増す。「孤食や欠食で栄養が不足し、誤った栄養の知識もあって、健康を損なう方が随分とおられます。行政から出向いて丁寧に対応する必要があると考えました」と管理栄養士の田中和美さん(53)は言う。

行橋市・みやこ町・苅田町：みやこ地域在宅医療多職種連携委員会



- 地域・他職種は
栄養士が何をする人か
誰も分からない
- 栄養士自身が
アピールする以外
認めてもらえない
- 在宅では栄養士は
社会資源になっていないが
求められている

低栄養の改善

経口維持加算の見直し

- 現行のスクリーニング手法別の評価区分を廃止し、多職種による食事の観察(ミールラウンド)やカンファレンス等の取組のプロセス及び咀嚼能力等の口腔機能を踏まえた経口維持のための支援を評価。

経口維持加算(Ⅰ):28単位/日
又は
経口維持加算(Ⅱ): 5単位/日

再編・充実

経口維持加算(Ⅰ):400単位/月

経口維持加算(Ⅱ):100単位/月(新設)

多職種: 医師・歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士・
看護師・PT・OT・ST・ケアマネジャー

これからの高齢者の栄養

フレイル・サルコペニアの問題

2015年日本人の食事摂取基準(厚労省)



参考資料

対象特性

- ・妊婦・授乳婦、乳児・小児、高齢者については、その特性上、特に着目すべき事項について、参考資料として示した。
- ・妊婦、授乳婦について、推定平均必要量、推奨量の設定が可能な栄養素については、付加量を示した。また、目安量の設定に留まる栄養素については、付加量ではなく、ある一定の栄養状態を維持するのに十分な量として想定される摂取量としての値を示した。

・高齢者については、過栄養だけではなく、低栄養、栄養欠乏の問題の重要性を鑑み、フレイルティ(虚弱)やサルコペニア(加齢に伴う筋力の減少)などとエネルギー・栄養素との関連についてレビューし、最新の知見をまとめた。

生活習慣病とエネルギー・栄養素との関連

- ・生活習慣病とエネルギー・栄養素摂取の関連について、レビューした結果をもとに特に重要なものについて図にまとめ、解説と共に参考資料として示した。

高血圧症・脂質異常症・糖尿病・CKD

生活習慣病の重症化予防・認知症予防

フレイルとは？

- 基本的にはADL(日常生活活動: 食事・整容・排泄・移動・入浴)が自立
- 障害期・終末期の場合はフレイルと呼ばない。
- フレイル期と障害期は可逆的であり、ある程度の予防と回復が可能。

フレイル期と障害期の見極め

- フレイル期は基本ADLは自立であるが、障害期は基本ADLの一部が介助である

日常生活活動の評価

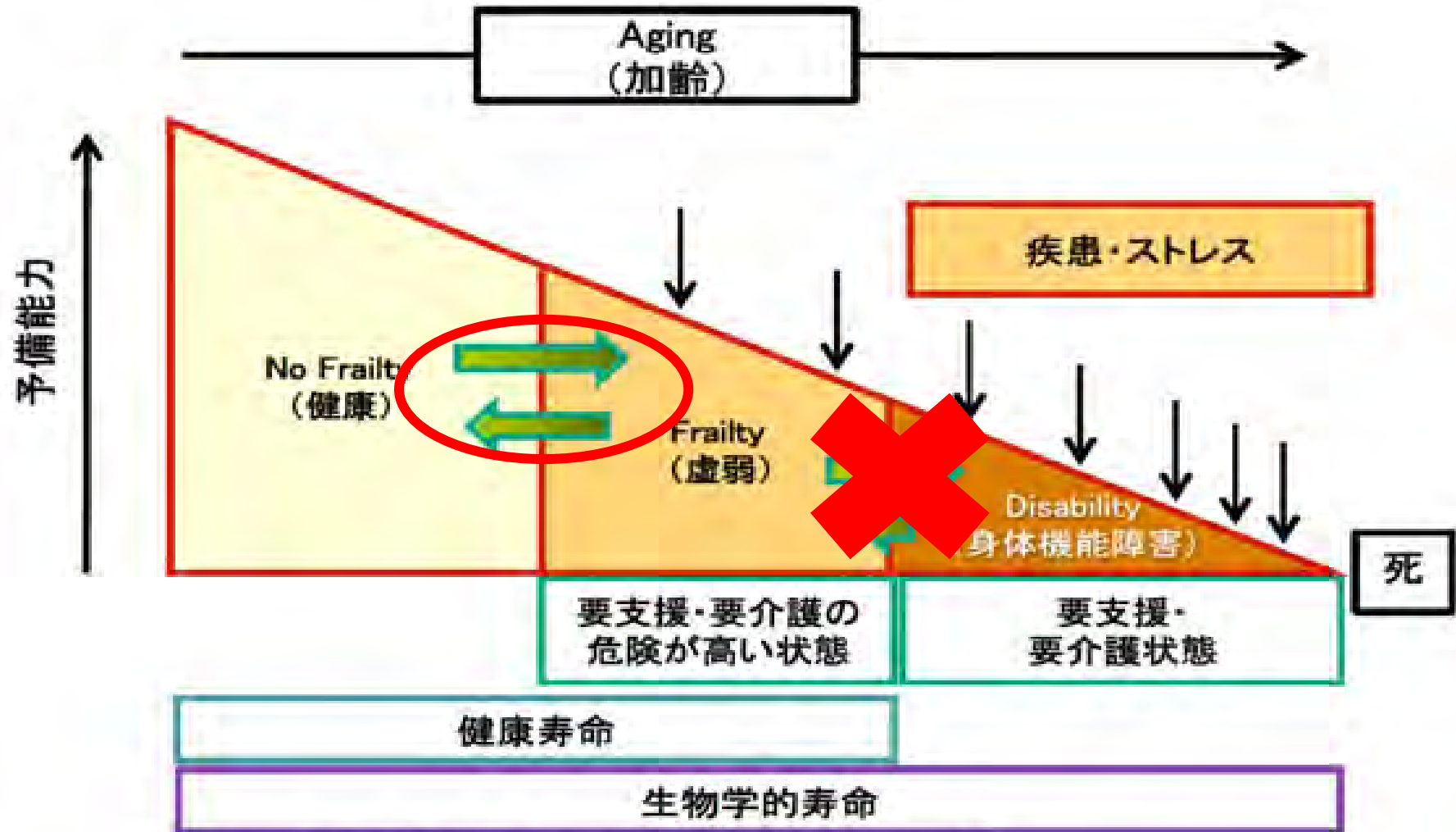
バーセルインデックス(Barthel Index ; 機能的評価)

	点数	質問内容	得点
1 食事	10 5 0	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える 部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう) 全介助	
2 車椅子から ベッドへの移動	15 10 5 0	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む) 軽度の部分介助または監視を要する 座ることは可能であるがほぼ全介助 全介助または不可能	
3 整容	5 0	自立(洗面、整髪、歯 磨き、ひげ剃り) 部分介助または不可能	
4 トイレ動作	10 5 0	自立(衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む) 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する 全介助または不可能	
5 入浴	5 0	自立 部分介助または不可能	
6 歩行	15 10 5 0	45M 以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わず 45M 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む 歩行不能の場合、車椅子にて 45M 以上の操作可能 上記以外	
7 階段昇降	10 5 0	自立、手すりなどの使用の有無は問わない 介助または監視を要する 不能	
8 着替え	10 5 0	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える 上記以外	
9 排便コントロール	10 5 0	失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能 ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む 上記以外	
10 排尿コントロール	10 5 0	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能 ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む 上記以外	

合計得点

100

健康から要介護までのプロセス



出典： 長寿医療研究センター病院レター 第49号

虚弱（フレイル）の評価を診療の中に

<http://www.ncgg.go.jp/hospital/pdf/news/Hospitalletter49.pdf>

厚労省：高齢者の目標とするBMI (日本人の食事摂取基準)

2014年まで BMI 18.5 ~ 29.9

2015年から BMI 21.5 ~ 24.9

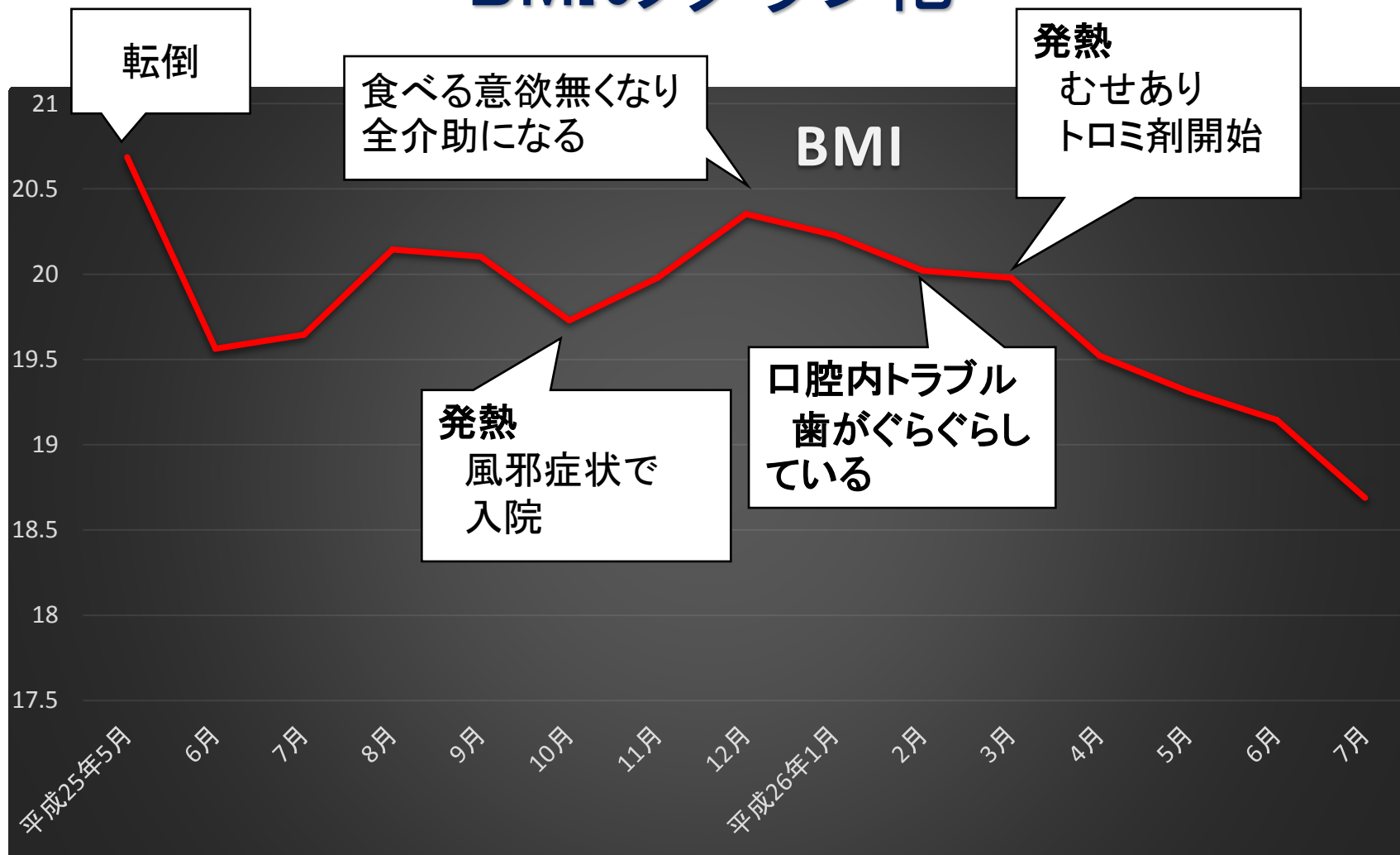
2015年~

2014年まで

BMI 18.5 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

早い段階からの栄養介入が必要

BMIのグラフ化



転倒・発熱・下痢・口腔内・意欲の問題で角度が出来ている

在宅でのサルコペニア診断(AWGS)

65歳以上男女

① 握力: 男性 26kg未満・女性 18kg未満

② 歩行速度: 0.8km/秒以下

①・②とも該当するか?

①か②、または両方とも はい

いいえ

下腿周囲長: 男性 34cm未満 女性33cm未満

はい

いいえ

サルコペニア

サルコペニアではないが
他の疾患の可能性あり

サルコペニアではない

介護度の重症化・高齢者のフレイルの実際



2012年2月15日
要介護3



2012年2月25日
発熱のため入院

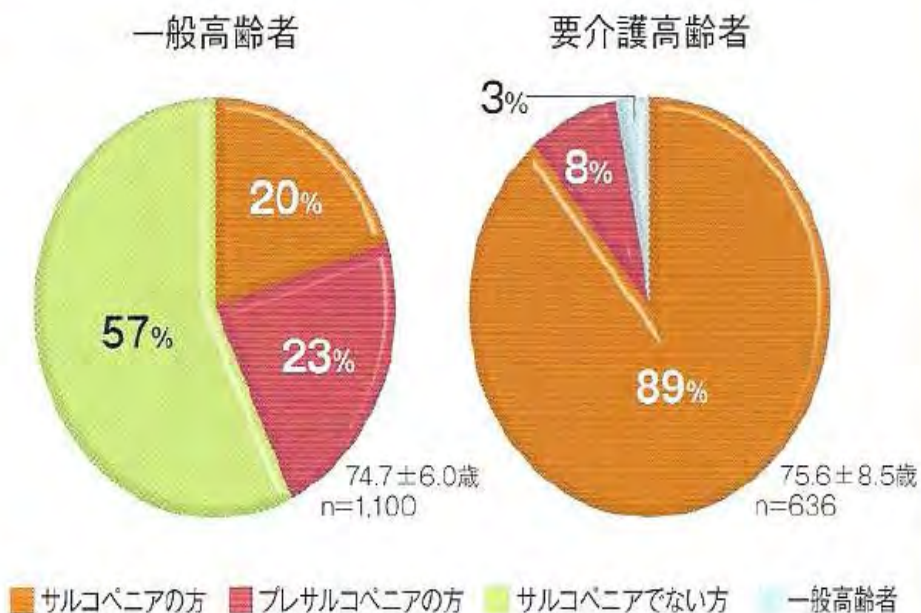


1. 食介助がないと全量摂取できない
2. 立位困難

要介護5

私たちが接している高齢者は？

図1 サルコペニア有病率



身体活動量 (1日の平均歩数)

一般高齢者	7000歩
二次予防 対象者	4000歩
要支援者	2000歩
要介護者	1000歩

サルコペニア＋
プレサルコペニア
43%

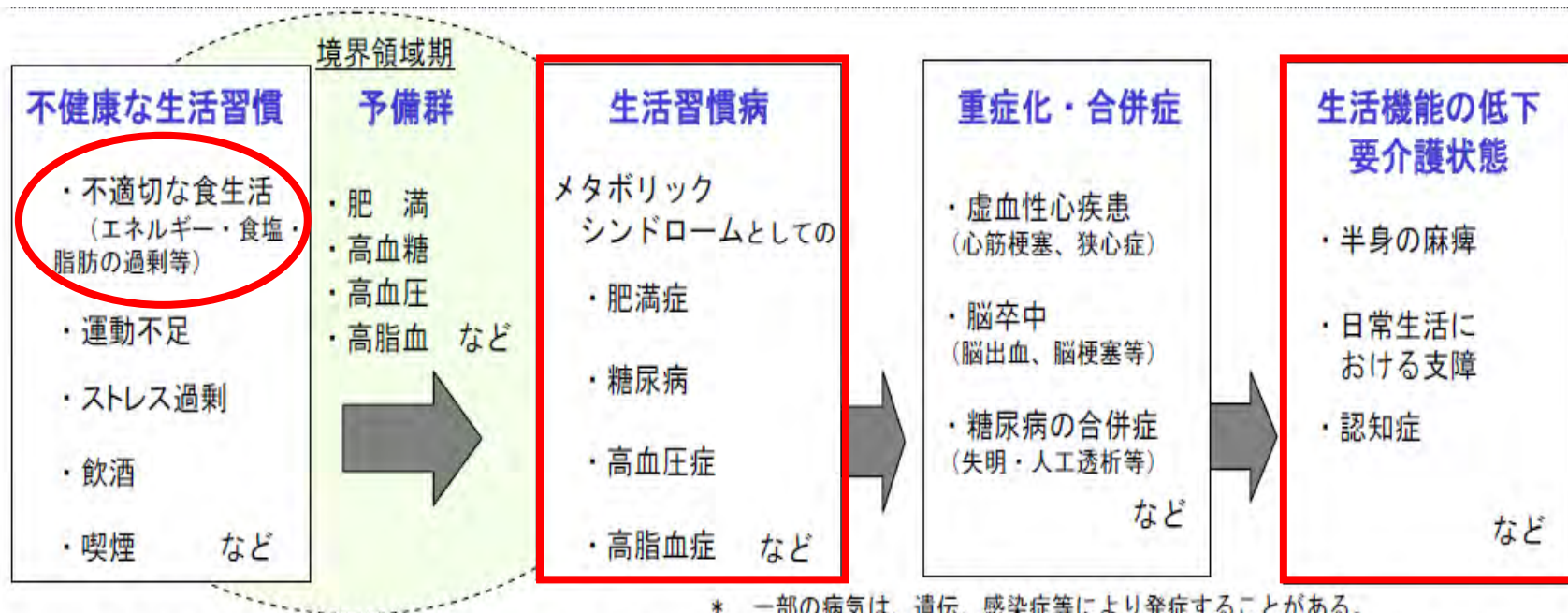
サルコペニア＋
プレサルコペニア
97%

山田実：転倒とサルコペニア～改善と予防～

生活習慣病の重症化予防

認知症予防・介護度の重症化予防

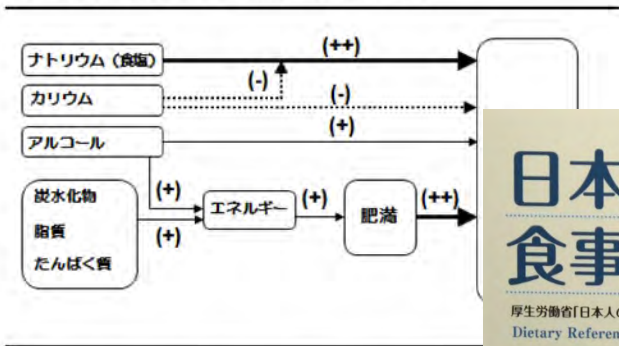
厚労省：生活習慣病対策の総合的な推進について



* 一部の病気は、遺伝、感染症等により発症することがある。

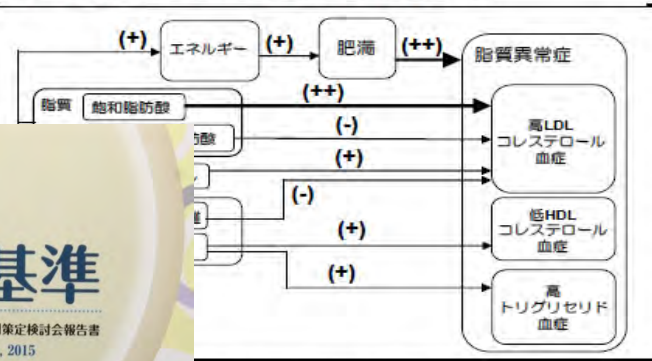
- 「不健康な生活習慣」の継続により、「予備群(境界領域期)」→「生活習慣病(メタボリックシンドローム)」→「重症化・合併症」→「生活機能の低下・要介護状態」へと段階的に進行していく。
- どの段階でも、生活習慣を改善することで進行を抑えることができる。
- とりわけ、境界領域期での生活習慣の改善が、生涯にわたって生活の質(QOL)を維持する上で重要である。

図1 栄養素摂取と高血圧との関連（特に重要なもの）



肥満を介する経路と介さない経路があることに注意したい
この図はあくまでも概要を理解するための概念図として用いるに留めるべきである

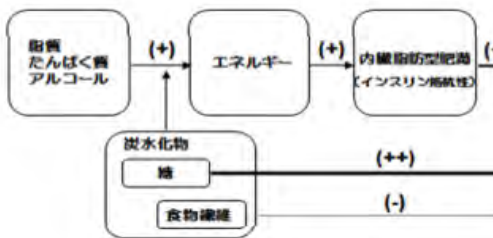
図1 栄養素摂取と脂質異常症との関連（特に重要なもの）



ない経路があることに注意したい
この図はあくまでも概要を理解するための概念図として用いるに留めるべきである

図2 栄養素摂取と高血糖との関連（特に重要なもの）

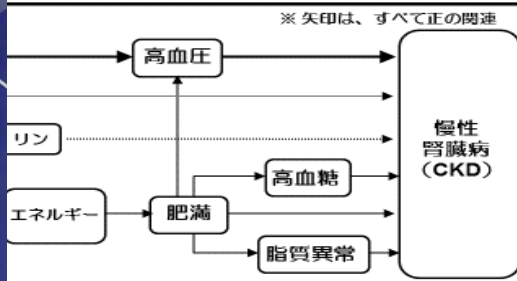
発症予防と重症化予防の対象と



肥満を介する経路と介さない経路があることに注意したい
この図はあくまでも栄養素摂取と高血糖との関連の概要を理解するための概念図として用いるに留めるべきである



図2 栄養素摂取と慢性腎臓病（CKD）の重症化との関連（重要なもの）



高血圧・脂質異常症・糖尿病に比べると栄養素摂取量との関連を検討した研究は少なく、結果も一致していないものが多い。また、重症度によって栄養素摂取量との関連が異なる場合もある
この図はあくまでも栄養素摂取と慢性腎臓病（CKD）の重症化との関連の概要を理解するための概念図として用いるに留めるべきである

糖尿病と認知症

第108回日本精神神経学会学術総会
精神医学奨励賞受賞講演

わが国の地域一般住民における耐糖能レベルと認知症発症リスク：

久山町研究

小原 知之 (九州大学大学院医学研究院精神病態医学)

近年、概米の追跡調査で糖尿病と認知症の関係が注目されているが、両者の関係について一定した見解は得られていない。福岡県久山町で継続中の精度の高い老年期認知症の疫学調査の成績を用いて、耐糖能レベルと認知症発症の関係を検討した。対象は1988年の同県同町の循環器健診で75g経口糖負荷試験を受けた認知症のない60歳以上の住民1017人で、この集団を15年間前向きに追跡した。その成績によると、糖尿病は脳血管性認知症 (VaD) とともにアルツハイマー病 (AD) 発症の有意な危険因子であった。血糖レベル別に検討してみると、空腹時血糖レベルの上昇と認知症発症の間に明らかな関連は認めなかった。一方、負荷後2時間血糖レベルが高くなるにつれてVaDおよびADの発症リスクは有意に上昇した。

<索引用語：認知症，糖尿病，アルツハイマー病，脳血管性認知症，疫学>

略・・・糖負荷後2時間血糖レベル
120mg/dl未満の群に比べ、
AD (アルツハイマー型認知症) の
発症リスクは140～199mg/dlの群
で1.9倍、
200mg/dl以上の群では3.4倍有意
に上昇し、
VaD (脳血管性認知症) の発症リ
スクは200mg/dl以上の群で2.7倍
有意に高かった。・・・

今後の高齢者の栄養での対応

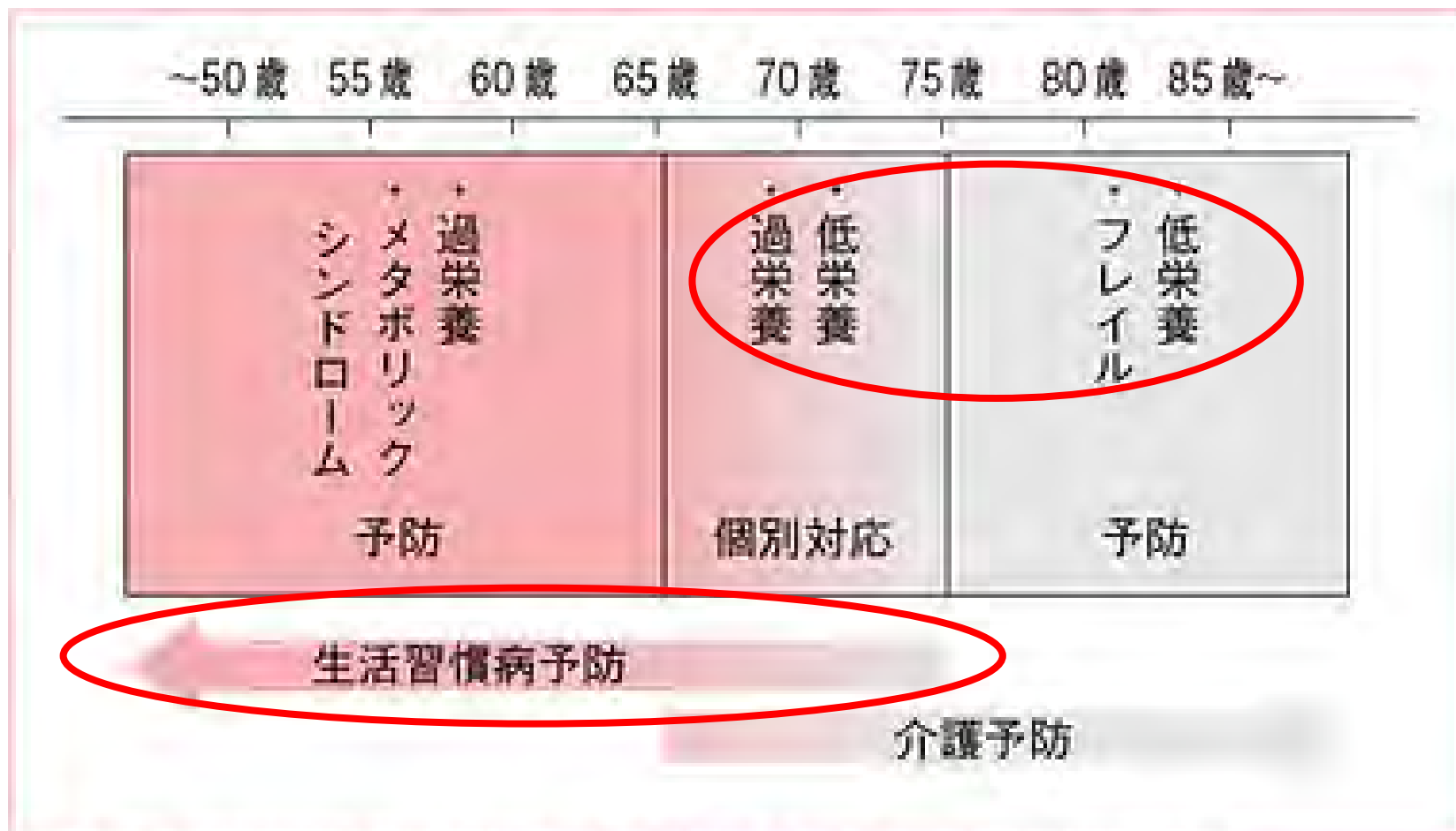


図4 年齢別栄養管理のギアチェンジとグレーゾーンの設定

在宅高齢者の食の現状

全国的には...？

在宅介護を受ける高齢者の6割は低栄養傾向



(注)厚労省調べ

要介護者数は10年で2倍に



(注)厚労省調べ

在宅介護を受けている高齢者は、**食欲やかみ砕く力の低下に伴って**全体の**6割以上**が「**低栄養傾向**」にある。

また高齢の親族が食事をつくるケースが多く、介護する側も負担が大きい。

日本経済新聞2013/3/19 より

低栄養とは？

低栄養とは、カロリーあるいは必須栄養素が不足している状態です。

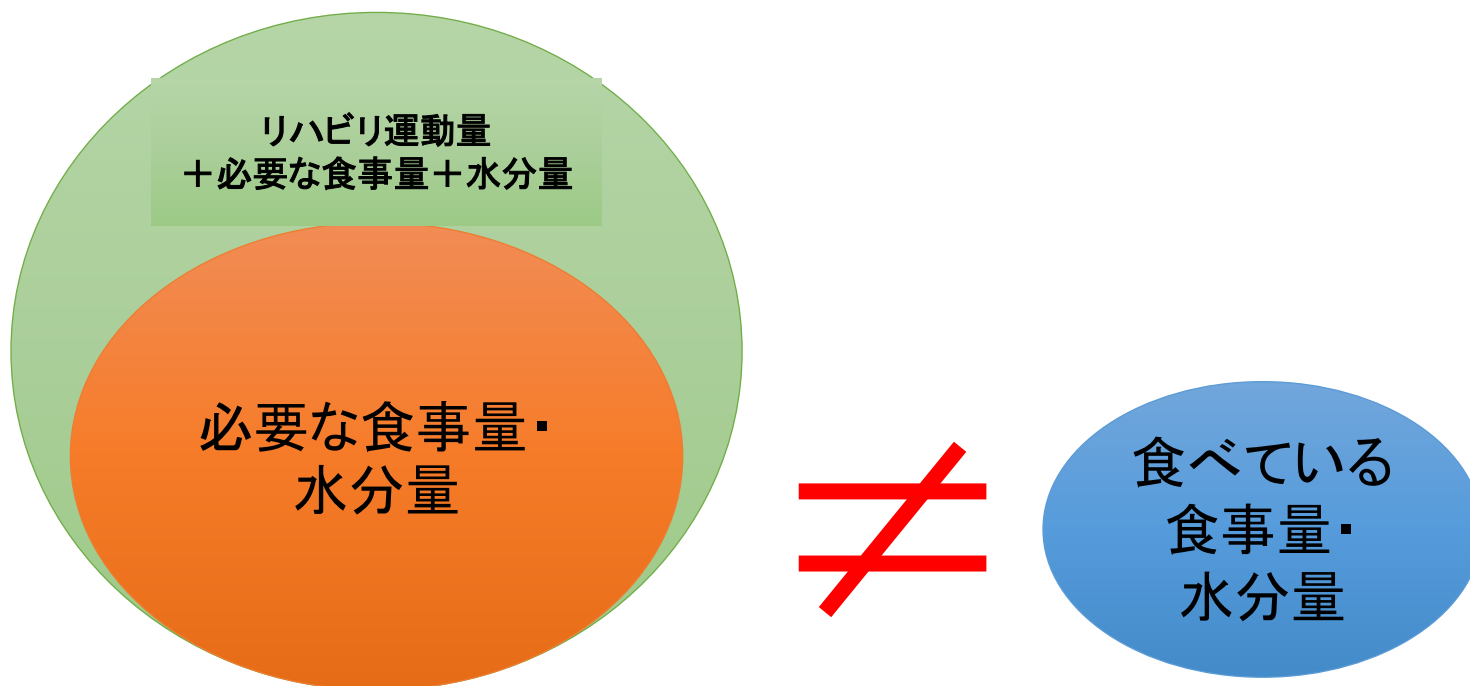
カロリー摂取が十分でないと、体はまず自身の脂肪を分解してカロリーとして使います。家を暖かくしておくために家具を燃やすのに似ています。蓄えた脂肪を使い切った後、体は筋肉や内臓組織などその他の組織を分解して深刻な問題を引き起こし、死に至ることもあります。

タンパク質やカロリーの重度の不足(タンパク質-エネルギー低栄養またはタンパク質-エネルギー栄養障害)は、長期にわたって十分なタンパク質やカロリーを摂らなかったときに起こります。

メルクマニュアル医学百科より

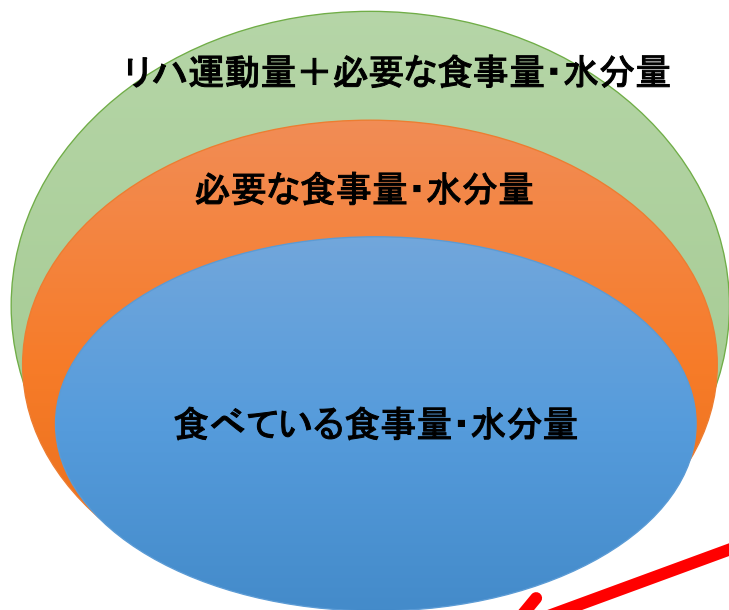
低栄養って、なんでなるの？

→ 食事量の低下



公益財団法人長寿科学振興財団：健康長寿ネット「低栄養」より改編

低栄養になってしまったら...



必要なエネルギー・タンパク質不足



体重減少・低栄養



病状の悪化・体力の低下



食事が食べられない・服薬が出来ない

全身の筋肉量の減少



転倒・骨折

1日 1600kcalの食事(バランスの取れた食事)

身長160cm



こんな食事を毎日食べているでしょうか？

当院での訪問栄養食事指導から分かること

- ★ 平均年齢－83歳
- ★ 病名 3つ以上持っている－多病である
- ★ 一人暮らし－49%

ご飯作れるかな？！

治療食を作ることは無理？！

訪問栄養食事指導の経験から

- 好きな物しか食べない 菓子パン・果物
- 食べやすい食品しか食べていない インスタントラーメン・カップ麺
- 経済的な問題を抱えている 賞味期限切れのお総菜・弁当
- 間違った情報に影響されている(TV・友人情報)
- 病状に合わないサプリメントや健康食品を使っている
- 決まった時間に3食食べているのか、分からない
- 水分を取らない
- 年々1回の食事量が少なくなる

高齢者の食事

必要な栄養量が取れない

病状に合っていない

摂食嚥下機能に合っていない



低栄養

病状悪化

ADLの低下

悪化の一途

低栄養の改善

★デイサービス・デイケアの利用

— 汁三菜食事

食の確保

★ホームヘルパーの生活援助

— 主菜のある食事

★配食サービス — 比較的バランスの良い食事

●本人又は介護者(キーパーソン)への
栄養食事指導 — 訪問栄養食事指導

治療食・
難事症例



訪問栄養食事指導

医療機能の違い

介護保険

医療保険

在宅医療

ベッドがない！
患者の家に行く

医療保険

高度急性期
病院

急性期
病院

回復期
リハビリテー
ション病院

慢性期
病院

* 厚労省：2014年度に「病床機能報告制度」を導入。
病床機能を「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」
の四つに区分

在宅医療と急性期・回復期医療との違い

在宅医療	急性期・回復期医療
● 相互乗り入れチーム ・全職種が違う医療機関・事業所もある ・非医療職もチームに入る	● 同一医療機関内の多職種チーム ・NST、ICUに象徴される ・医療職のみ
● 全人的承認・信頼 ・チームは少数(他の職種も兼ねる)	● 機能障害単位での対応 ・専門分野のスタッフ多数
● 主導権－患者家族・介護者 ・家族・介護者に病識が無い	● 主導権－医療側 ・退院・転院は医師の判断
● チーム全員が一堂に会することがない ・担当者会議は頻繁には開かれない	● 定期的なカンファレンス ・カンファレンスは頻繁に開かれる
● ゴールの設定が決まりにくい	● 退院の基準は明確
● 評価が出来にくい	



物語に基づく医療
Narrative based Medicine

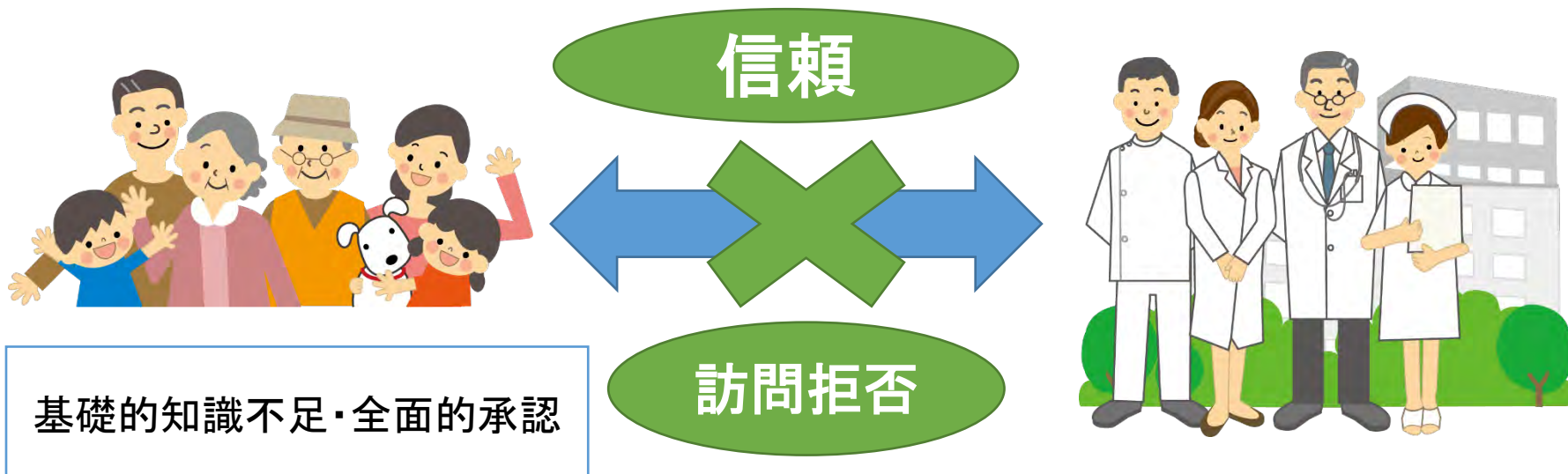


根拠に基づく医療
Evidence based Medicine

ほどほどの医療

在宅医療の特徴

物語に基づく医療(Narrative Based Medicine)



究極の相互乗り入れチーム



薬剤師



家政婦さん



ご本人・ご家族



栄養士

訪問リハビリ
訪問入浴
訪問栄養指導



17事業所

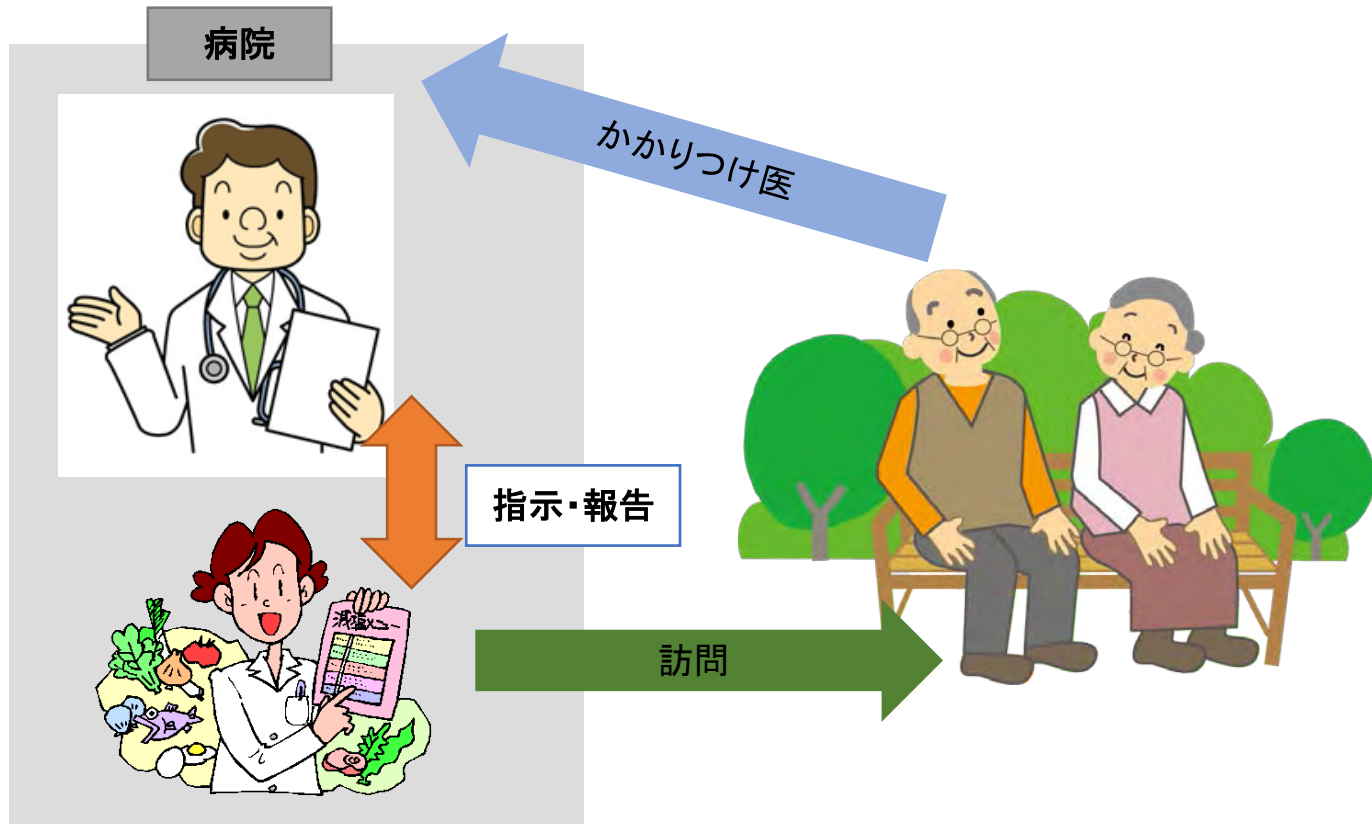


ケアマネジャー

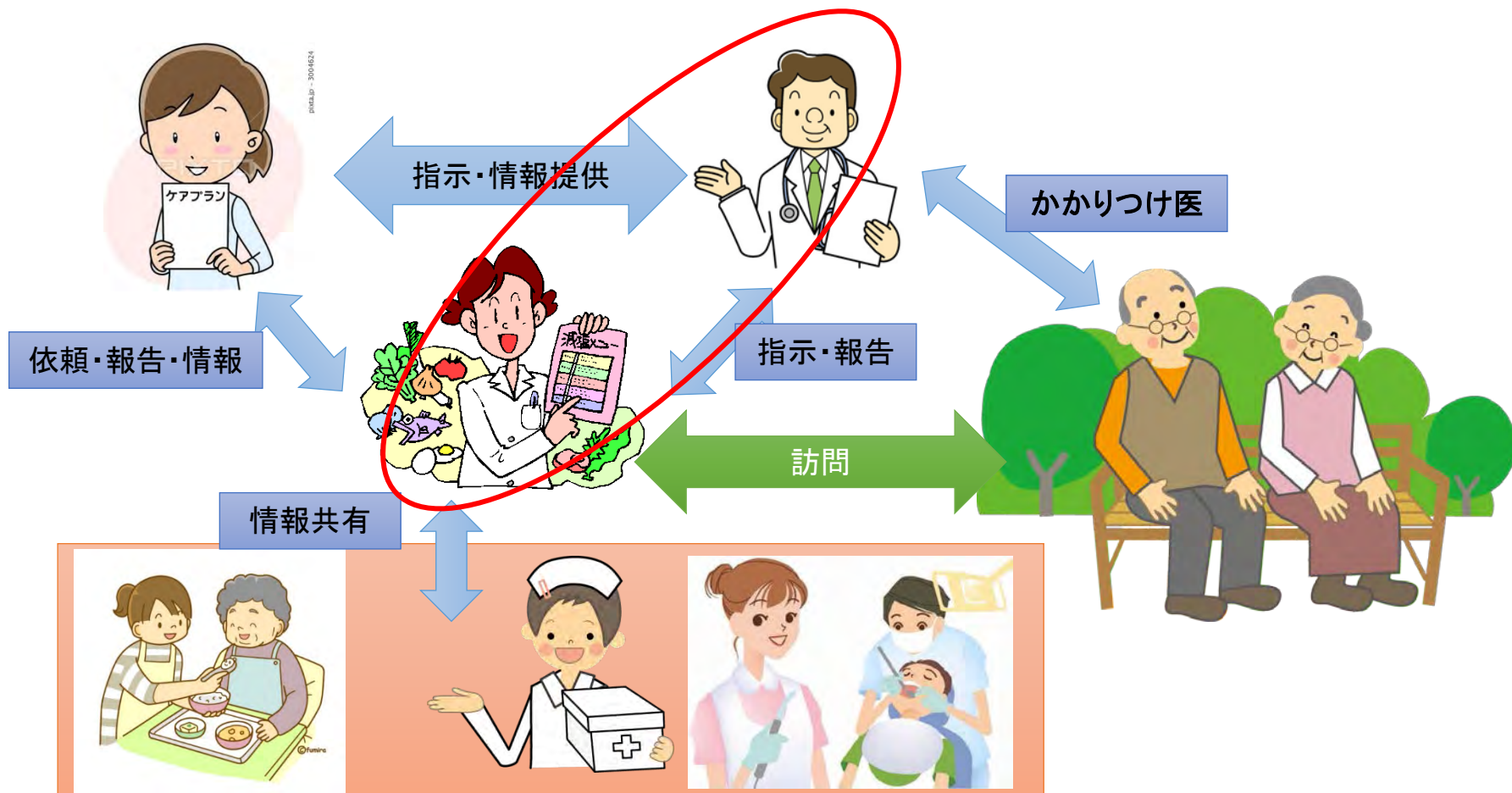
訪問栄養食事指導の保検適用と内容

保険	介護保険	医療保険
	居宅療養管理指導	在宅患者訪問栄養食事指導
単位・点数	530単位[居住系450単位]	530点[居住系450店]
管理栄養士	居宅療養管理指導事業所として登録されている医療機関 に所属する常勤または非常勤の管理栄養士 (保険薬局も含む)	主治医と同一の医療機関に所属する常勤または非常勤の管理栄養士
医師の指示	ケアマネジャーの要請でかかりつけ医師の指示	栄養指導指示書
対象	通院通所困難な利用者 医師が特別食を提供する重要性を認めた場合または 低栄養状態にあると医師が判断した場合	在宅で療養をおこなっている通院困難な患者 医師が特別食を提供する必要性を認めた場合
対象食	腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、心臓疾患などに対する減塩食、クローン病および潰瘍性大腸炎による低残渣食、高度肥満症に対する治療食、高血圧に対する減塩食(12種類)	
	経管栄養のための流動食、嚥下困難者のための流動食	他6種
	低栄養状態	
給付限度	月2回	
内容	栄養管理に係る栄養指導・助言・情報提供	栄養管理に係る栄養指導・助言・情報提供
	栄養ケアマネジメントの手順に沿う 調理は行わない	調理を介しての指導

在宅患者訪問栄養食事指導 (医療保険)



訪問栄養食事指導の仕組み (介護保険)



栄養士がいない医療機関の場合 (福岡県)



N市医師会



N市医師会所属の医師の指示を受け、栄養士は訪問できる
⇒N市医師会所属の医師はすべてかかりつけ医になる！

保健福祉センター

- 居宅介護支援事業所
- 訪問看護事業所
- 訪問介護事業所
- 通所介護事業所
- 小規模多機能型居宅介護事業所

- 介護予防事業（一次予防）
- （二次予防）



医療センター診療所

指定居宅療養管理指導事業所

居宅療養管理指導

介護保険による訪問栄養相談の実施



訪問栄養食事指導の対象

管理栄養士

栄養士の居ない施設
小規模対機能・有料老人ホーム・
グループホーム・サ-高住など

患者

食事を作る家族

ヘルパー

介護サービスの
利用状況

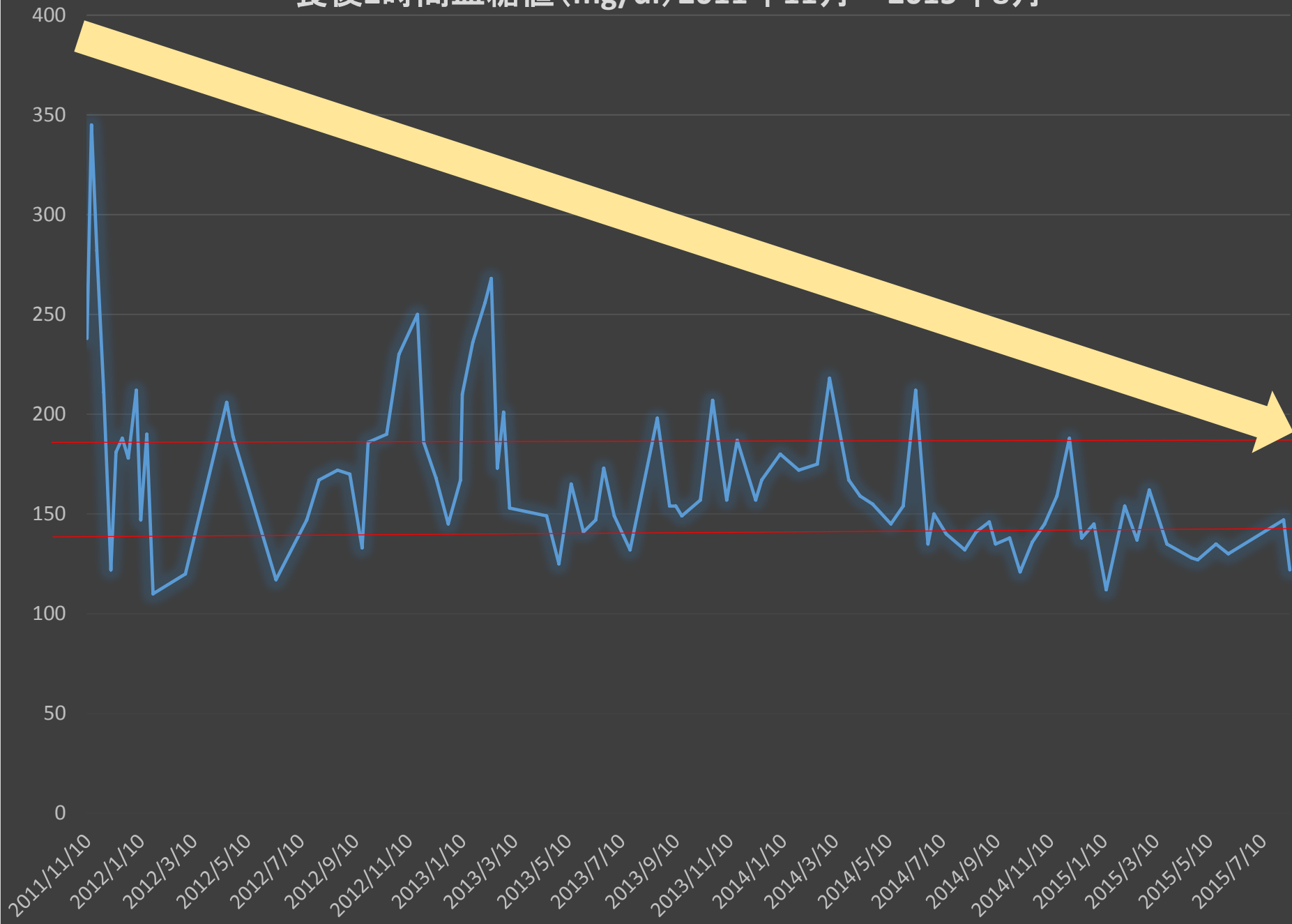
キーパソンの
有無

経済状態

嗜好

具体的な個人対応・継続的营养指導

食後2時間血糖値 (mg/dl) 2011年11月～2015年8月

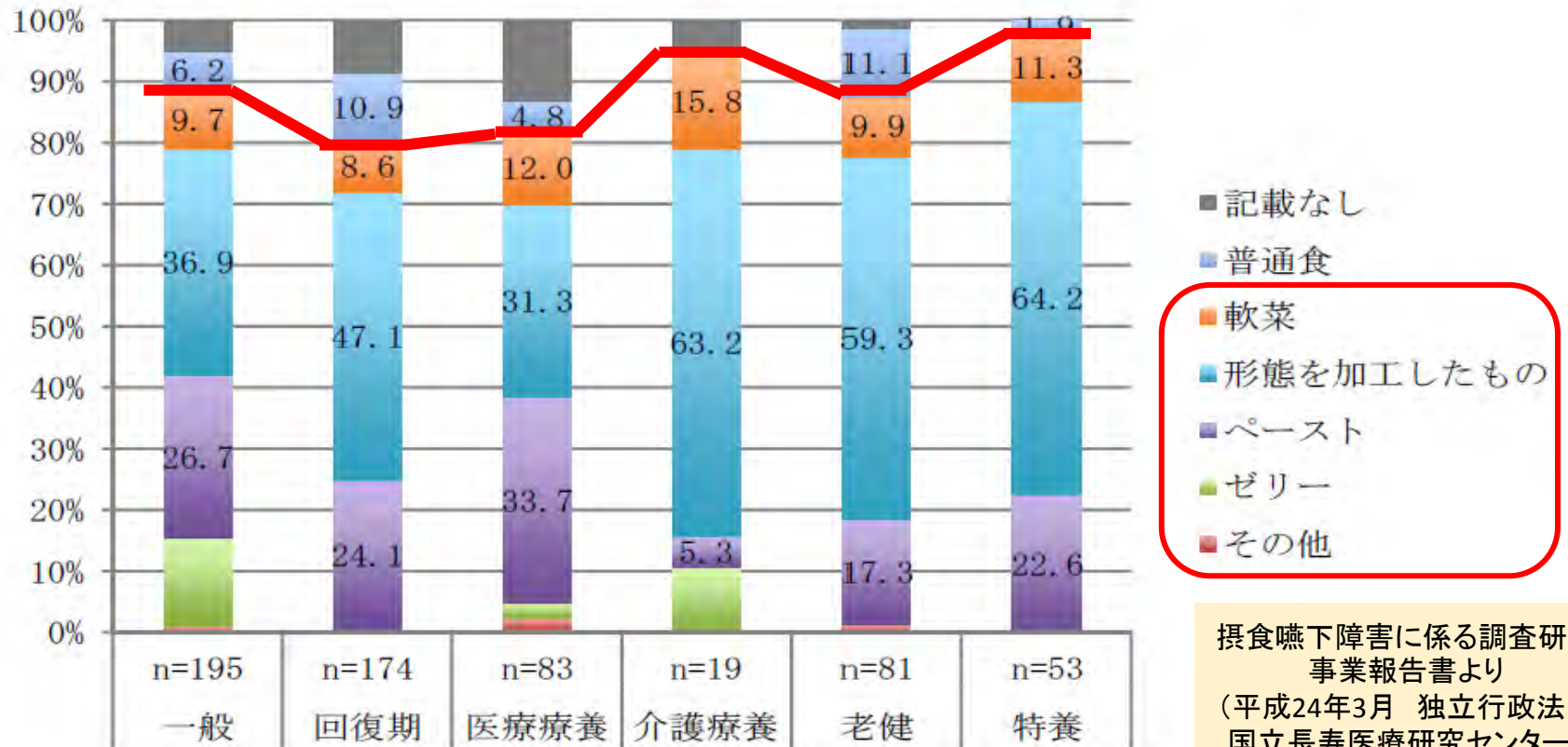


※項目をクリックすると それぞれの解説にリンクします。



摂食嚥下障害について

(図4-2) 摂食・嚥下障害者における 食事形態の分布



高齢者の食事

摂食嚥下障害を念頭に置く必要がある



誤嚥・窒息・低栄養防止、食べる楽しみ



食事形態の加工が必須

高齢者の食事のポイント

窒息
増加傾向

誤嚥性肺炎
死亡率第3位

必要栄養量
の確保

嚥下評価（嚥下機能レベルと食形態の一致）

嚥下評価をどの職種がするのか？

- 栄養士は嚥下評価は出来ません
- 栄養士は
評価の結果を食事につなげることは出来ます
- 在宅では栄養士が
嚥下評価できる医療機関を探す必要がある



多職種連携

嚥下レベル \neq 食形態



* パーキンソン病の患者さんが
麺類・刻み食を食べていませんか？

日本摂食嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食分類2013

他職種との共通言語



学会分類 2013		嚥下食 ピラミッド		
コード	名称			
0	j	嚥下訓練食品 j	L0	タンパク質無し・ゼリー状
	t	嚥下訓練食品 t	L3の一部 (とろみ水)	中間・濃いとろみ・タンパク質無し
1	j	嚥下訓練食 1j	L1・L2	ゼリー・プリン・ムース状
2	1	嚥下訓練食 2	L3	ミキサー食均質
	2			ミキサー食不均質
3		嚥下訓練食 3	L4	やわらか食 ソフト食
4		嚥下訓練食 4	L4	軟菜・移行食

学会分類2013

※学会分類2013に対応する内容のみ掲載しておりますので、嚥下食ピラミッド「L5 普通食」の記載は割愛しております。

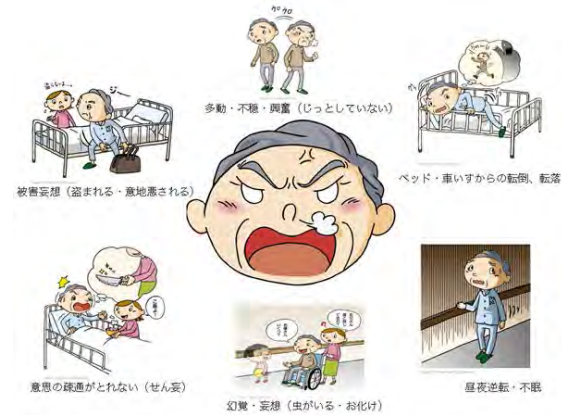
嚥下機能レベル＝食形態

- 食べやすい
- 食事時間が短くなる
 - * 30分が目安
- 疲れない
- 食事量も増える



栄養状態が良くなる→嚥下レベルのUP
→ADLも上がる→食べる楽しみも増える

認知症について

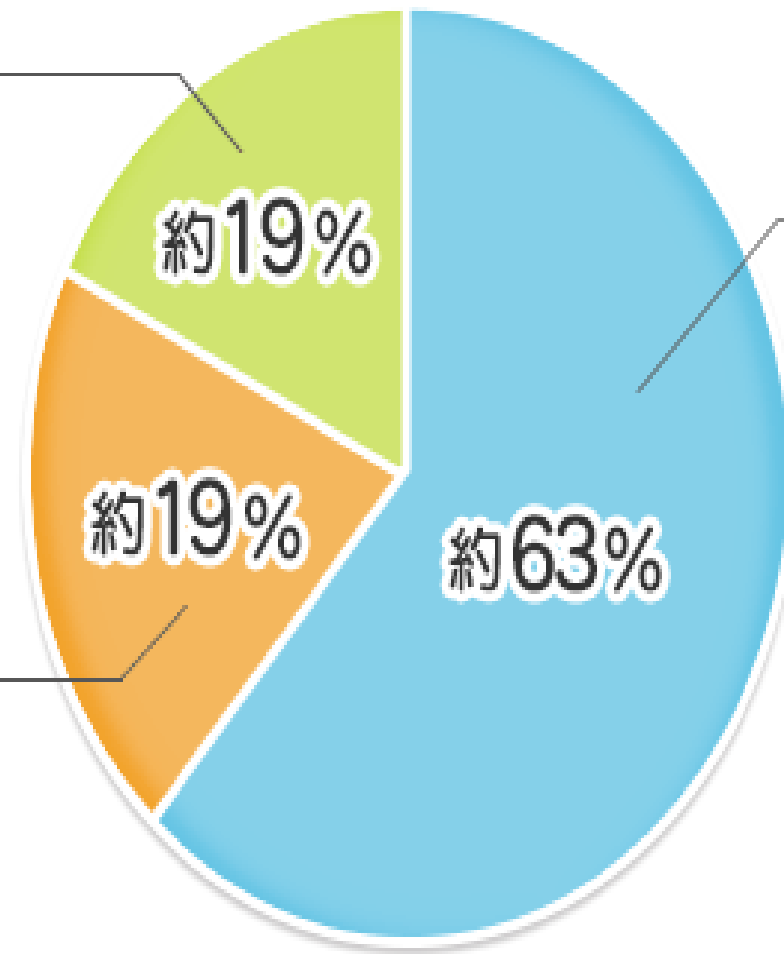


認知症の種類

その他

レビー小体型認知症、
前頭側頭型認知症など

アルツハイマー型認知症



血管性認知症

根本的な治療が困難な認知症

進行性疾患

「アルツハイマー型認知症(アルツハイマー病)」や「レビー小体型認知症」は、変性疾患と呼ばれ、脳の神経細胞の数が徐々に減少する病気です。根本的な治療法はありませんが、薬によって症状の進行を遅らせることは可能です。

予防や治療が可能な認知症

脳梗塞、脳出血、くも膜下出血などが原因で起こる認知症は、「血管性認知症」と呼ばれ、高血圧、糖尿病、脂質異常症などをしっかり治療することで予防や進行の抑制が可能です。頭部外傷によって、頭蓋骨と脳の間で血液がたまる「慢性硬膜下血腫」や、脳室が拡大して起こる「正常圧水頭症」は脳外科手術によって治療が可能です。

また、甲状腺の働きの低下によって起こる「甲状腺機能低下症」は甲状腺ホルモンで、ビタミン欠乏症に起因する認知症はビタミンの補充で改善します。

三大認知症のそれぞれの特徴

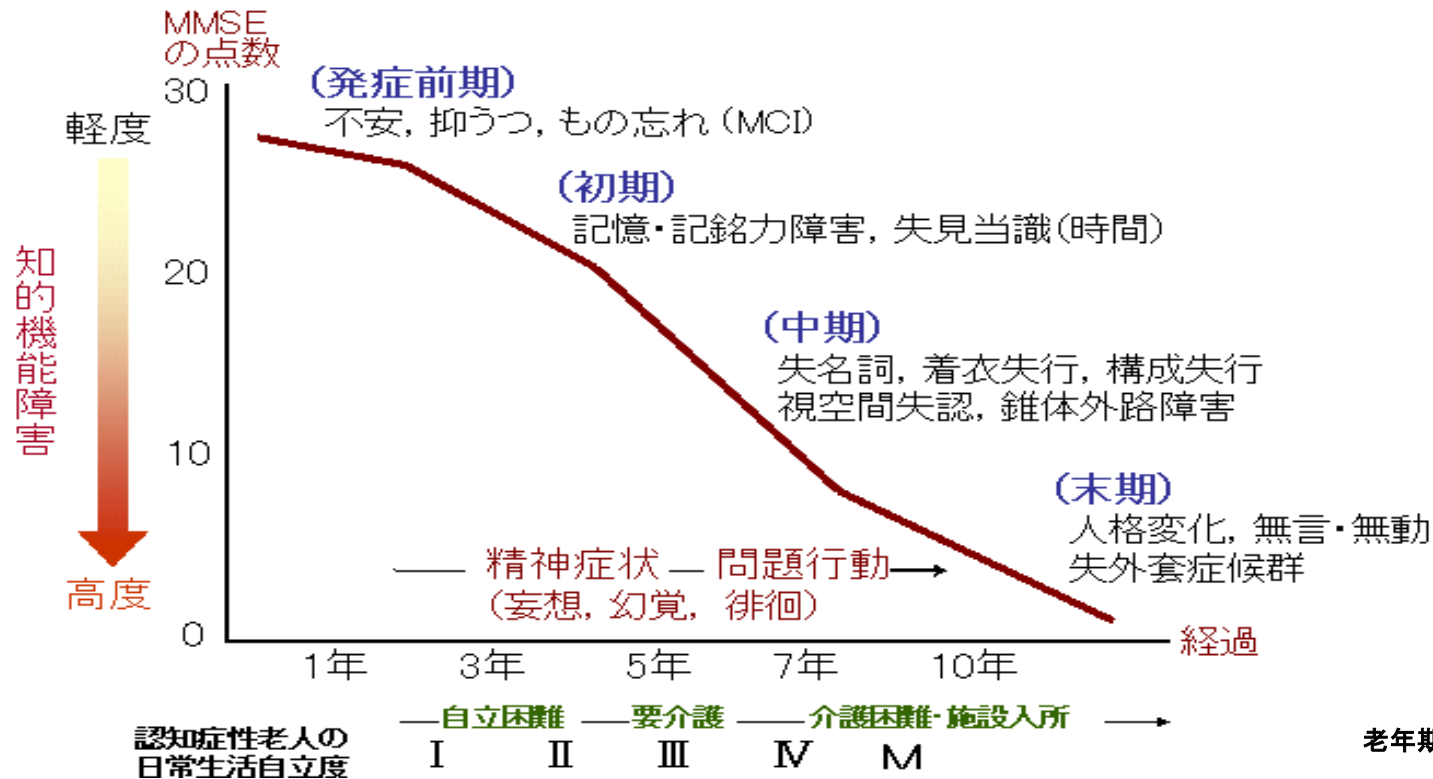
	アルツハイマー型認知症	レビー小体型認知症	血管性認知症
脳の変化	老人斑や神経原線維変化が、海馬を中心に脳の広範囲に出現する。脳の神経細胞が死滅していく	レビー小体という特殊なものができると、神経細胞が死滅してしまう	脳梗塞、脳出血などが原因で、脳の血液循環が悪くなり、脳の一部が壊死してしまう
画像でわかる脳の変化	海馬を中心に脳の萎縮がみられる	はっきりした脳の萎縮はみられないことが多い	脳が壊死したところが確認できる
男女比	女性に多い	男性がやや多い	男性に多い
初期の症状	もの忘れ	幻視、妄想、うつ状態、パーキンソン症状	もの忘れ
特徴的な症状	認知機能障害 (もの忘れ等) もの盗られ妄想 徘徊 とりつくろい など	認知機能障害 (注意力・視覚等) 認知の変動 幻視・妄想 うつ状態 パーキンソン症状 睡眠時の異常言動 自律神経症状 など	認知機能障害 (まだら認知症) 手足のしびれ・麻痺 感情のコントロールがうまくいかない など
経過	記憶障害からはじまり広範囲な障害へ徐々に進行する	調子の良い時と悪い時をくりかえしながら進行する。ときに急速に進行することもある	原因となる疾患によって異なるが、比較的急に発症し、段階的に進行していくことが多い

監修

横浜市立大学 名誉教授 小阪憲司

筑波大学大学院 人間総合科学研究科 教授 水上勝義

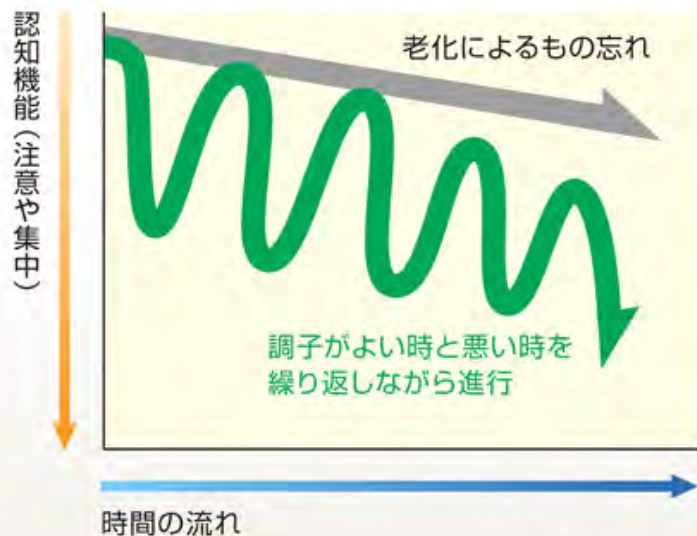
アルツハイマー型認知症の症状と経過



失外套症候群(しつがいとうしょうこうぐん、Apallic syndrome)とは、[大脳皮質](#)の大規模な機能障害によって大脳皮質の機能が完全に失われてしまった状態。眼は動かすが、身動きひとつせず、言葉も発さない状態となる^[1]。睡眠と覚醒の調節は保たれ、通常通り起床することは確認できる。この状態でも、刺激に対する[反射](#)は残っているが、情報の意味的な解釈はできないため、本人の人格は完全に失われている状態と見なせる。

ウィキペディアより

レビー小体型認知症の症状の進み方



時間帯や日によって認知機能に変動があります。しかし、次第に認知機能は低下します。

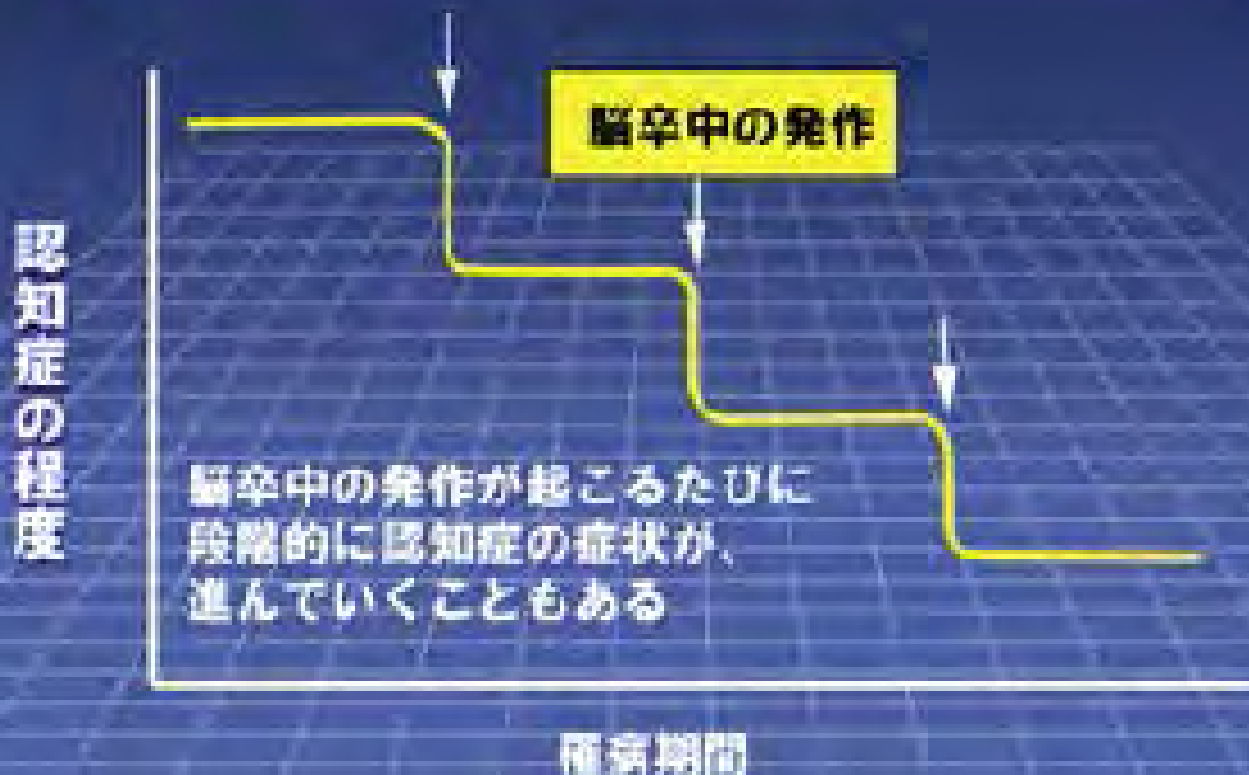
脳の様子



脳の神経細胞の中に「レビー小体」と呼ばれる異常なたんぱく質の塊がみられます。このレビー小体が大脳に広くに現れると、その結果、認知症になります

はっきりした脳の委縮はみられないことが多いです。

脳血管性認知症の軌道



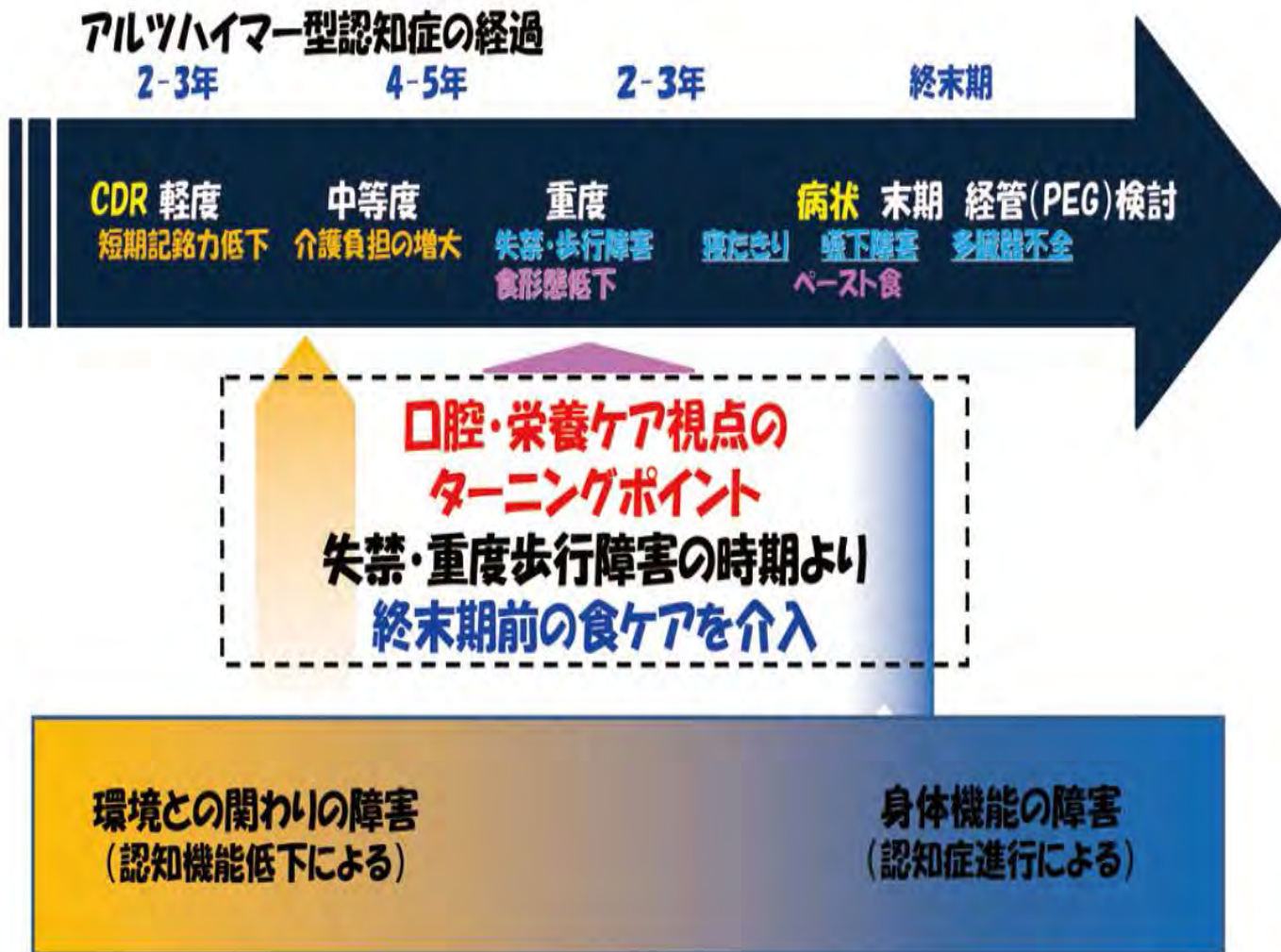


図3 認知症の人の食関連障害の変遷

周辺症状（身体の具合や環境によって影響される症状）

夜中に急に騒ぎ出したりする（せん妄）

実際にはないものが見えるという（幻覚）

財布や着物を盗まれたという（物盗られ妄想）

不眠

イライラして落ち着かない（焦燥）

中核症状（必ずみられる症状）

- ・新しいことを覚えられない、以前のことを思い出せない（記憶障害）
- ・段取りや計画が立てられない（実行機能障害）
- ・服の着方や道具の使い方がわからない（失行）
- ・物の名前が出てこない（失語）
- ・品物を見ても何だかわからない（失認）
- ・抽象的な考え方ができない

・・・など

無目的に歩き回る（徘徊）

些細なことで声を荒げたり手を挙げたりする

目を離すとすぐ外に出て行こうとする

実際には何でもないのに必要以上に身体の具合を気にする（心気）

一人にされると落ち着かなくなる

抑うつ状態

目の前にあるものは何でも食べてしまう

理由がないのに、入浴や着替えを嫌がる（介護への抵抗）

食べ物以外のものも口に入れる（異食）

図1 中核症状と周辺症状

三大介助困難 1. 口を開けない 2. 噛まない 3. 飲み込まない

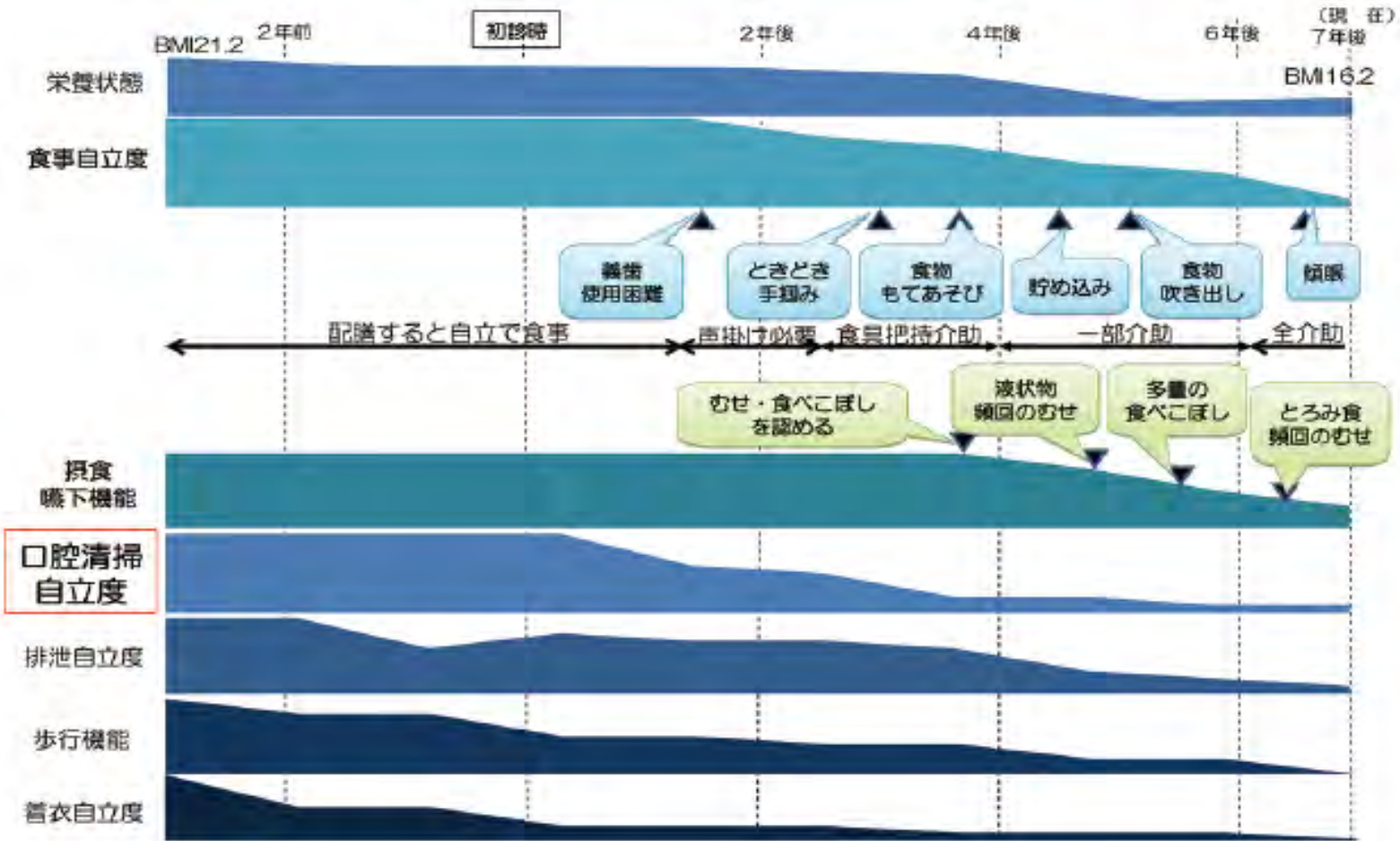


図2 アルツハイマー型認知症の進行と日常生活機能の低下例

アルツハイマー型認知症の経過別対応

初期

物とられ
過食
抑うつ
人格の変化

中期

見当識障害
徘徊・失禁・幻覚
暴言・暴力
不安が強く・介護の負担

後期

運動機能低下
寝たきり
感染症
誤嚥性肺炎

ターミナル期

食べられる時間・食べられる物を
食べられるだけ
家族の気持ち

口を開けない
噛まない
食具
噛みごたえのある物

飲み込まない
ペースト食
刺激ある物・好物

脱水
栄養補助食品
刺激ある物
滑りのよい物
姿勢(重力の利用)
経口補水液・点滴
少量で高カロリー
少しづつ何回も

一点食べ
動作が止まる
食べ始めない
食具・コース式・井式
食具を持たせる
一口介助・声掛け
刺激を与える・好物

手づかみ
自助具の工夫
持ち方のモデリング
食卓の上の整備

集中できない
手づかみ料理
服薬確認
自助具の工夫

食
アセスメント
食事時間検討・頻回

しゃべり続ける
辛抱強く待つ
環境作り

食べるスピード
声掛け・食具
食事に視線を合わせ

過食
噛みごたえのある物
エネルギーの低い物
否定せずに応える

一緒に調理をする
嗜好、食べ方の観察

認知症の方が食べやすいように

- 白い食器に白いご飯

 - ご飯が見にくい

- 口に入れるスピードが速い・頬張って食べている

 - 小さいスプーンに変える・小さい容器に変える

- 目の前の物しか食べない → 半側空間無視

 - 器の位置を変えてあげる

認知症の方が食べやすいように

●食器やお盆などを指でこする

→ごみや虫が付いているように見えている

→無地の食器に代える

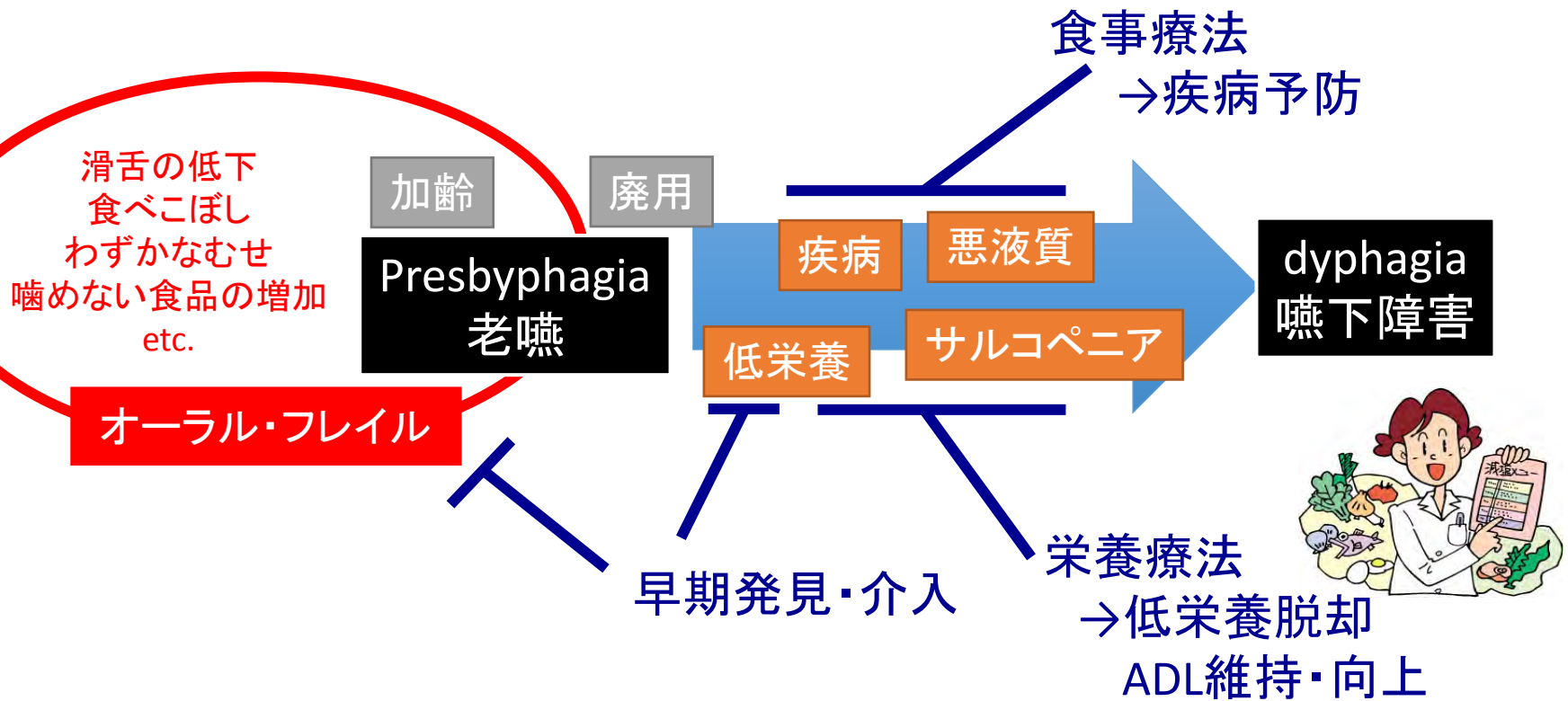
●巧く食べ物がすくえない・気が散っている？

→シリコンマットを敷く

→テレビを消して食べることに集中

まとめ

嚥下障害の要因に応じた 管理栄養士の必要性



訪問栄養食事指導に求められるもの

疾患
(低栄養を含む)
のための特別
食

摂食嚥下障害

ADLの階層構造

摂食－食事

排泄

- 摂食がなければ排泄も移乗もない！
- 数字を食事として具体化し、それを栄養士は食べてもらうのが仕事！

移乗・移動
セルフケア

在宅カルテ

在宅カルテ

様式1-2

氏名	性別	生年月日
住所	TEL	
緊急連絡先		
介護度	寝たきり度	認知度
事業所	担当ケアマネジャー	
TEL	(携帯:)	FAX
かかりつけ医	氏名	医療機関
	TEL	FAX
備考		

	開始日	施設名	TEL	FAX	担当	訪問日
デイサービス						
訪問リハ						
福祉用具						
訪問歯科						
訪問薬局						

栄養士が
在宅資源に
なっていない！

福岡市：退院時連携の基本的な進め方の手引き書
平成27年3月

	開始日	施設名	TEL	FAX
訪問診療				
訪問看護				
訪問介護				
デイケア				

これからの管理栄養士に必要な
住み慣れた地域で生きるための高齢者の食事・栄養支援
～在宅医療・介護連携のための食を支える管理栄養士講座～

◆日時と内容・会場

第1回 10月31日(土) 10:00～16:20 ももちパレス

- 講義1 福岡県における地域包括ケアシステムの推進について 福岡県保健医療介護部 白石医監
講義2 地域の高齢者をささえるケアとは～糸島市の場合～ 糸島市介護高齢者支援課 小林係長
講義3 これから推進される地域ケア会議の各職種役割・事例発表
管理栄養士・言語聴覚士・理学療法士・ケアマネージャー・歯科衛生士 他
講義4 在宅における口腔ケアの重要性 松永真理子 歯科衛生士

第2回 11月14日(土) 10:00～16:10 ももちパレス

- 講義1 高齢者特有の病態とADL・IADLの維持・改善 原土井病院 老年医学会 多田 斉 専門医
講義2 要介護者・高齢者に必要なケア 全国健康保険協会 田中千恵美先生
講義3 栄養ケアマネジメント・プランの提案 ささぐりみん江苑 入江悦子 管理栄養士
からざステーション 森脇理絵 管理栄養士

福岡県栄養士会の非会員も受講できます！

第4回 12月6日(日)10:30～12:00 ナースプラザ第一研修室

- 講義1 高齢化社会とオーラルフレイル～スキルアップできる！栄養と口腔の知識～
福岡県歯科医師会地域医療介護保険部 みずほ内科・歯科クリニック 川端貴美子 理事長
※ この研修のみ生涯教育の一環のため別途申し込み受講料(1000円)が必要となります。

第5回 1月16日(土)10:00～16:00 ももちパレス

- 講義1 在宅支援のための栄養管理のポイント 山口内科 水島 美保 管理栄養士
講義2 高齢者の栄養管理 症例を通して ケアマネージャー・言語聴覚士・歯科衛生士
理学療法士・管理栄養士

- ◆参加費 無料 (第4回のみ1000円)
◆申込締切 平成27年10月23日(金)
◆申し込みは 裏面申込用紙にてFAXにてお申し込みください FAX 092-631-1388
◆問合先 公益社団法人福岡県栄養士会 事務局担当 主税 TEL092-631-1160



一般社団法人日本在宅栄養管理学会(訪栄研) 九州沖縄ブロック研修会

日時：平成27年9月26日（土） 10：30～16：00（受付 10：00～）

場所：福岡県歯科医師会館 視聴覚教室

〒810-0041 福岡市中央区大名1丁目12番43号

参加費： ★訪栄研会員 1000円 ★非会員 2000円

内容：①在宅での嚥下調整食2013年とスマイルケア食について

座長 福岡クリニック在宅部 中村育子

講師 イーエヌ大塚製薬株式会社 学術課長 藤井洋光

②嚥下調整食の実際－摂食嚥下障害難事症例ケースでのデモンストレーション－

講師 ヘルシーフード株式会社 佐々木祐輝（コード別市販品）

日清オイリオグループ株式会社 内田克哉氏（嚥下調整食）

株式会社フードケア 竹内祐也（おかゆ・汁物）

株式会社クリニコ 岡田輝子（おかず）

③僻地での訪問栄養食事指導の実際

座長 山口内科 水島美保

講師 渭南病院 井上美由紀

④地域による訪問栄養食事指導の違い－ディスカッション・質疑応答

講師 福岡クリニック（東京） 中村育子

渭南病院（高知） 井上美由紀

山口内科（福岡） 水島美保

申し込み締め切り：平成27年9月16日（月）まで

申し込み先：FAX 092-753-7114（株式会社Kan-Z）

*（公社）日本栄養士会認定「在宅管理栄養士」更新1単位取得

**ご静聴
ありがとうございました。**

