2026/11/18（水）
神奈川県老人保健施設協会
栄養部会研修会

みんなで学ぼう
認知症患者の栄養管理

一般財団法人愛成会
弘前愛成会病院 栄養科
石岡 拓得

COI開示
演題発表に関連し開示すべきCOI関係にある
企業などはありません。

弘前愛成会病院の紹介



2026年4月1日～
直営になりました

診療科目：精神科・心療内科・内科

Ａ１病棟：精神科救急入院病棟（55床）
Ａ２病棟：一般治療病棟（60床）
Ａ３病棟：認知症治療病棟（60床）
Ｂ１病棟：精神科療養病棟（43床）
Ｂ２病棟：精神科療養病棟（50床）
Ｂ３病棟：精神科療養病棟（60床）
合計328床

栄養科スタッフ：31名
～臨床栄養管理部門～
管理栄養士：4名、栄養士：1名
～給食管理部門～
管理栄養士：1名、栄養士：3名
調理師：6名
調理員：8名
食器洗浄員：8名

グループホーム「なごみ」
就労継続支援B型カフェ「アエル」
認知症疾患医療センターなどを併設
平均在院日数：234日（救急病棟54日）
病床利用率：96.0%

一般財団法人 愛成会

精神科病床入院患者の疾患別内訳

	（単位）	統合失調症*	認知症**	気分障害***	その他	合計
平成14年	（千人）	201.2	44.2	22.2	53.3	320.9
	（%）	62.7	13.8	6.9	16.6	100.0
平成17年	（千人）	196.5	52.1	24.4	51.3	324.3
	（%）	60.6	16.1	7.5	15.8	100.0
平成20年	（千人）	185.3	51.5	24.9	45.0	306.7
	（%）	60.4	16.8	8.1	14.7	100.0
平成23年	（千人）	171.7	53.4	25.5	42.8	293.4
	（%）	58.5	18.2	8.7	14.6	100.0
平成26年	（千人）	163.7	52.7	25.8	46.4	288.6
	（%）	56.7	18.3	8.9	16.1	100.0
平成29年	（千人）	150.7	52.5	26.7	48.0	277.9
	（%）	54.2	18.9	9.6	17.3	100.0
令和2年	（千人）	140.6	58.0	25.7	49.2	273.5
	(%)	51.4	21.2	9.4	18.0	100.0
令和5年	（千人）	124.7	60.1	25.0	45.5	255.3
	(%)	48.8	23.5	9.8	17.8	100.0

認知症患者の
割合が急増

*　統合失調症型障害，及び妄想性障害含む

**　アルツハイマー病，血管性認知症，及び詳細不明の認知症含む

***　躁うつ病含む

厚生労働省　患者調査の概要(政府統計の総合窓口)より引用作成
https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450022&tstat=000001031167

認知症患者の食事の問題点

- 認知症患者では食事を食べてくれない、食事の吐き出し、誤嚥性肺炎を繰り返してしまうなど食事に関する問題が多い。
- 施設入所中の重度の認知症患者では約86%の者で食事に関する問題が認められた。





吉田貞夫 編：認知症の人の摂食障害最短トラブルシューティング食べられる環境、食べられる食事がわかる　序文より引用

さらに…

- 重症化した認知症患者では食事拒否、介護拒否などが強く、一般科や施設などで対応困難となり精神科病院へ入院される場合が少なくない。
- しかし、精神科単科病院では内科医、歯科医、歯科衛生士、理学療法士、言語聴覚士などが不在の施設が多い。

というか…当院の現状です…

大変です…精神科の栄養管理…

すぐに怒り出す

そもそもの生活
スキルが高くない…



なかなか
理解してくれない

入院した認知症患者さん…食事を食べてくれない…

病識が無い

本日は認知症患者の対応で日々悩んでいることを
中心にお話ししたいと思います

attention

- 当院に入院する認知症患者は、特養や老健などの施設、緩和ケア病棟有する病院などから転入してくる場合が少なくありません。
- 本日お話しする内容は比較的重症度が高い認知症患者のお話になります。

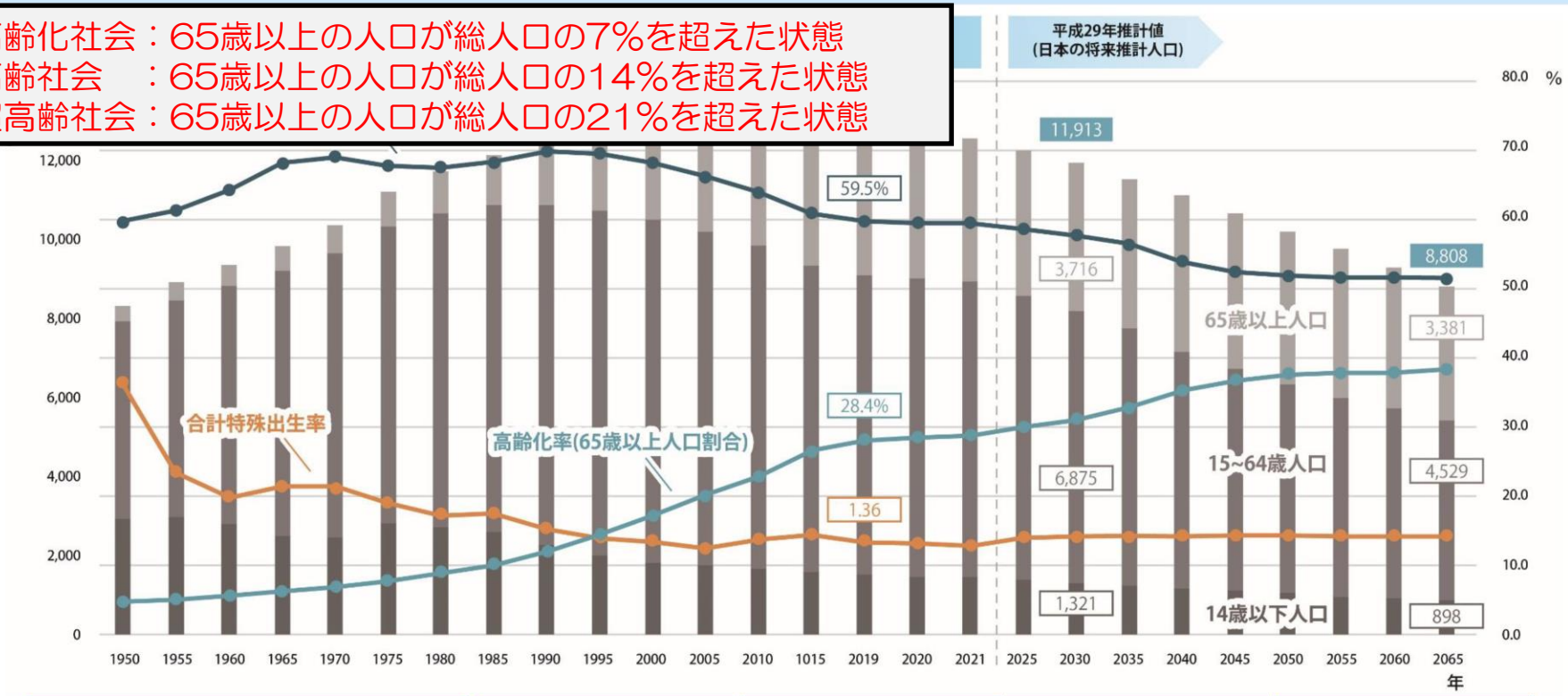
～本日のおしながき～

- 認知症の種類と特徴
- 中核症状と行動・心理症状(BPSD)
- 食事を食べてくれない時の対応
  ～栄養管理と給食管理～
- PES報告に基づいた症例提示
- 認知症における栄養と水分補給に関するESPENガイドライン2024年改訂版
- まとめ

日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065 年には総人口が9,000 万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。

高齢化社会：65歳以上の人口が総人口の7%を超えた状態
高齢社会　：65歳以上の人口が総人口の14%を超えた状態
超高齢社会：65歳以上の人口が総人口の21%を超えた状態



	２０１５年	２０２０年	２０２５年	２０５５年
65歳以上高齢者人口（割合）	3,387万人（26.6%）	3,603万人（28.6%）	3,677万人（30.0%）	3,704万人（38.0%）
75歳以上高齢者人口（割合）	1,632万人（12.8%）	1,860万人（14.7%）	2,180万人（17.8%）	2,446万人（25.1%）

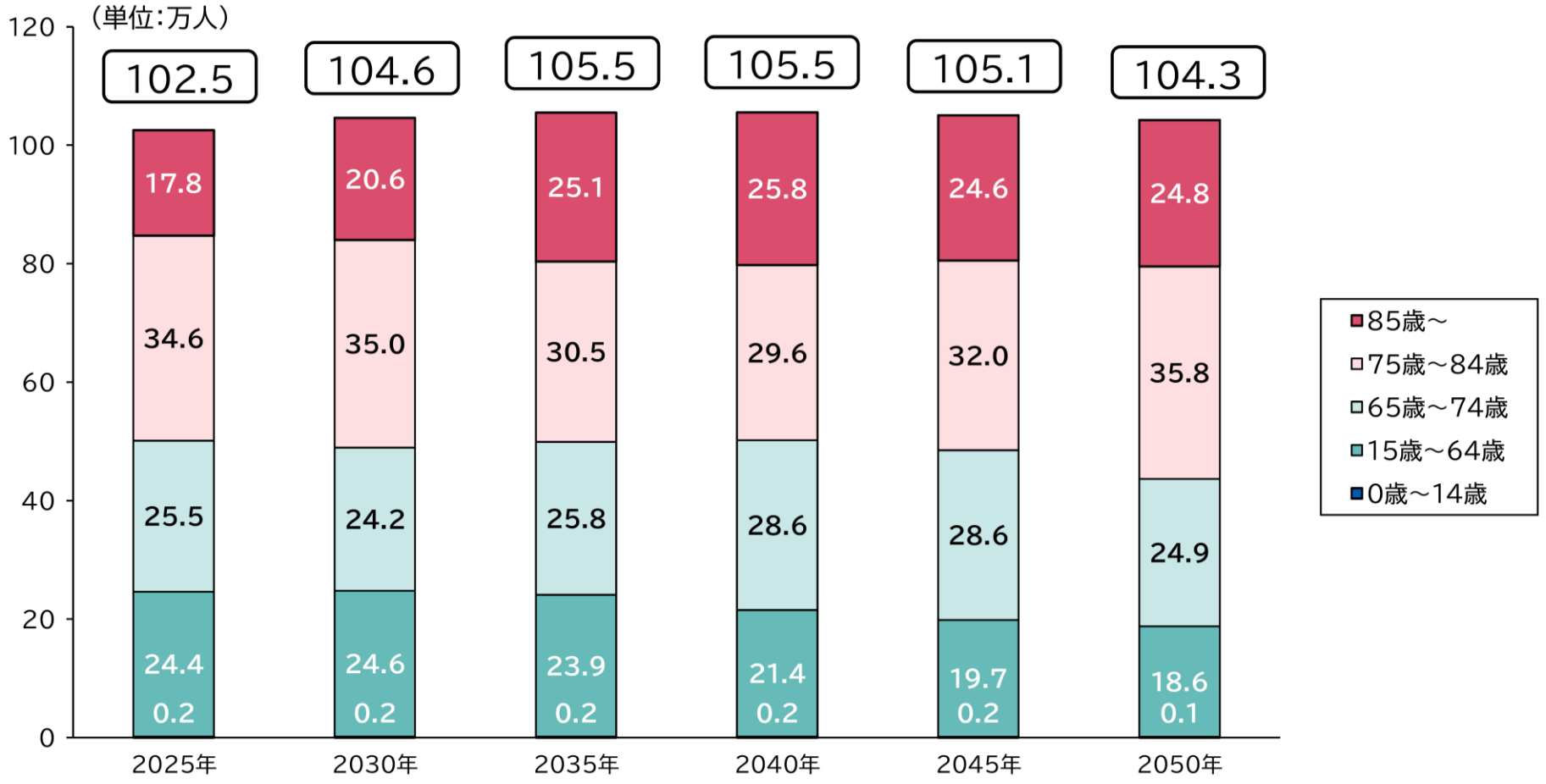
出典

2021年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）、高齢化率および生産年齢人口割合は、2021年は総務省「人口推計」、それ以外は総務省「国勢調査」
2021年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」
2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）：出生中位・死亡中位推計」

厚生労働省：認知症参考資料「意見交換資料-2参考1　R5.4.19」より引用

がん罹患者数の将来推計(全国)

- がん罹患者数は、2040年に105.5万人と、2025年の102.5万人と3%増加することが推計されている。内訳としては、生産年齢人口は、2040年に21.4万人と、2025年の24.4万人と比べて12%減少し、65～84歳は、2040年に58.2万人と、2025年の60.1万人とほぼ横ばいで推移し、85歳以上は、2040年に25.8万人と、2025年の17.8万人に比べて45%増加することが推計されている。また、2040年以降は、がん罹患者数は緩やかに減少すると見込まれる。



出典:全国がん登録のがん罹患率データ(2017－2021年)、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口(2020-2054年)を用いて国立がん研究センターにおいて作成

厚生労働省：第19回がん診療提供体制のあり方に関する検討会 資料3(令和7年7月25日)より引用

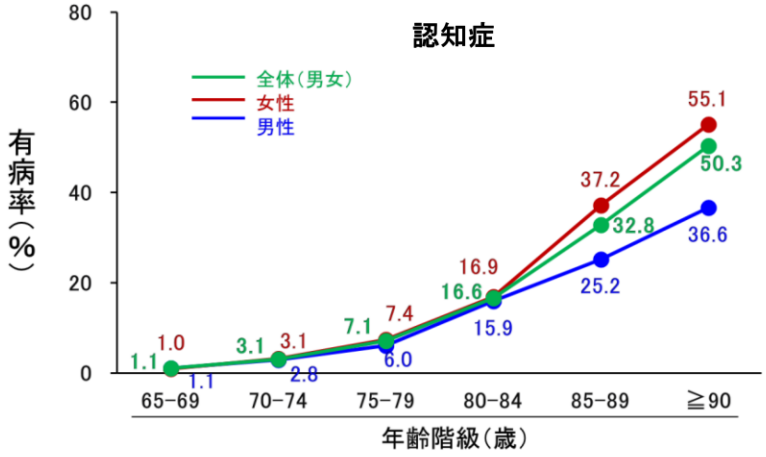
認知症および軽度認知障害(MCI)の高齢者数と有病率の将来推計

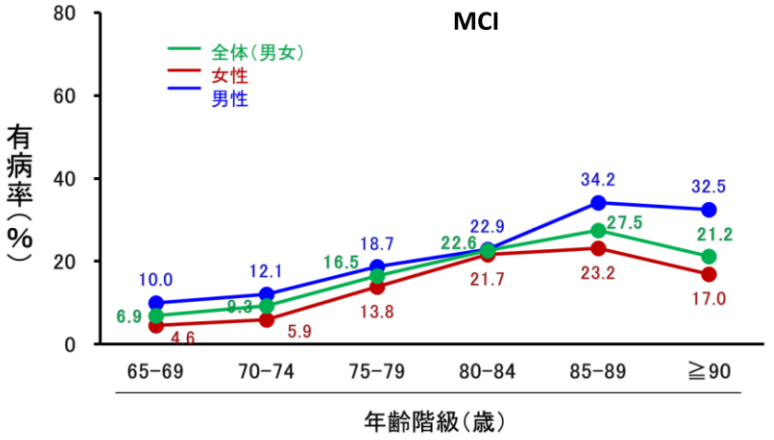
- 2022年に認知症の地域悉皆調査(調査率80%以上)を実施した4地域(福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町、島根県海士町)において、新たに推計した、2022年の高齢者における認知症有病率(性年齢調整後)は、12.3%であり、また、高齢者におけるMCI有病率(性年齢調整後)は、15.5%であった。
- 2022年の認知症およびMCIの性年齢階級別有病率が今後も一定と仮定した場合、2040年の認知症者高齢者数は584.2万人、MCI高齢者数は612.8万人と推計された。

※ 軽度認知障害(MCI):もの忘れなどの軽度認知機能障害が認められるが、日常生活は自立しているため、認知症とは診断されない状態。

認知症とMCIの有病率の合計値は約28%(2022年時点)であり、「誰もが認知症になり得る」という認識のもと、認知症になっても生きがいや希望を持って暮らすことができるよう、認知症バリアフリーの推進、社会参加機会の確保等、認知症基本法に掲げる理念・施策の推進に取り組んでいくことが重要。

年齢階級別の有病率(2022年時点)





高齢者数と有病率の将来推計

年	令和4年(2022)	令和7年(2025)	令和12年(2030)	令和22年(2040)	令和32年(2050)	令和42年(2060)
認知症高齢者数	443.2万人	471.6万人	523.1万人	584.2万人	586.6万人	645.1万人
高齢者における認知症有病率	12.3%	12.9%	14.2%	14.9%	15.1%	17.7%

年	令和4年(2022)	令和7年(2025)	令和12年(2030)	令和22年(2040)	令和32年(2050)	令和42年(2060)
MCI高齢者数	558.5万人	564.3万人	593.1万人	612.8万人	631.2万人	632.2万人
高齢者におけるMCI有病率	15.5%	15.4%	16.0%	15.6%	16.2%	17.4%

資料:「認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究」(令和5年度老人保健事業推進費等補助金　九州大学 二宮利治教授)より厚生労働省にて作成

厚生労働省：認知症およびMCIの高齢者数と有病率の将来推計．https://www.mhlw.go.jp/content/001279920.pdf

認知症とは？？？

- 慢性あるいは進行性の脳疾患によって生じ、記憶、思考、見当識、理解、計算、学習、言語、判断など多数の高次脳機能障害からなる症候群(ICD-10)

- アルツハイマー型認知症
- 血管性認知症
- レビー小体型認知症
- 前頭側頭葉型認知症

- 65歳以上の高齢者の有病率は約15%
- 低～中所得国で増加傾向

「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会 編：認知症疾患診療ガイドライン2017，(株)医学書院，東京，2017

社会経済的地位(SES)と認知症

- SESが低い群ほど認知症発症リスクは高い
- 教育歴や所得などが認知症リスクと関連

Socio-economic-status(SES)とは？

学歴、所得および職業の組み合わせで測定される客観的な評価

低～中所得国のみならず日本でも同様

Sakaniwa R,et al：Socioeconomic status transition throughout life and risk of dementia．JAMA network open，2024：7:e2412303

所得と認知症発症リスク

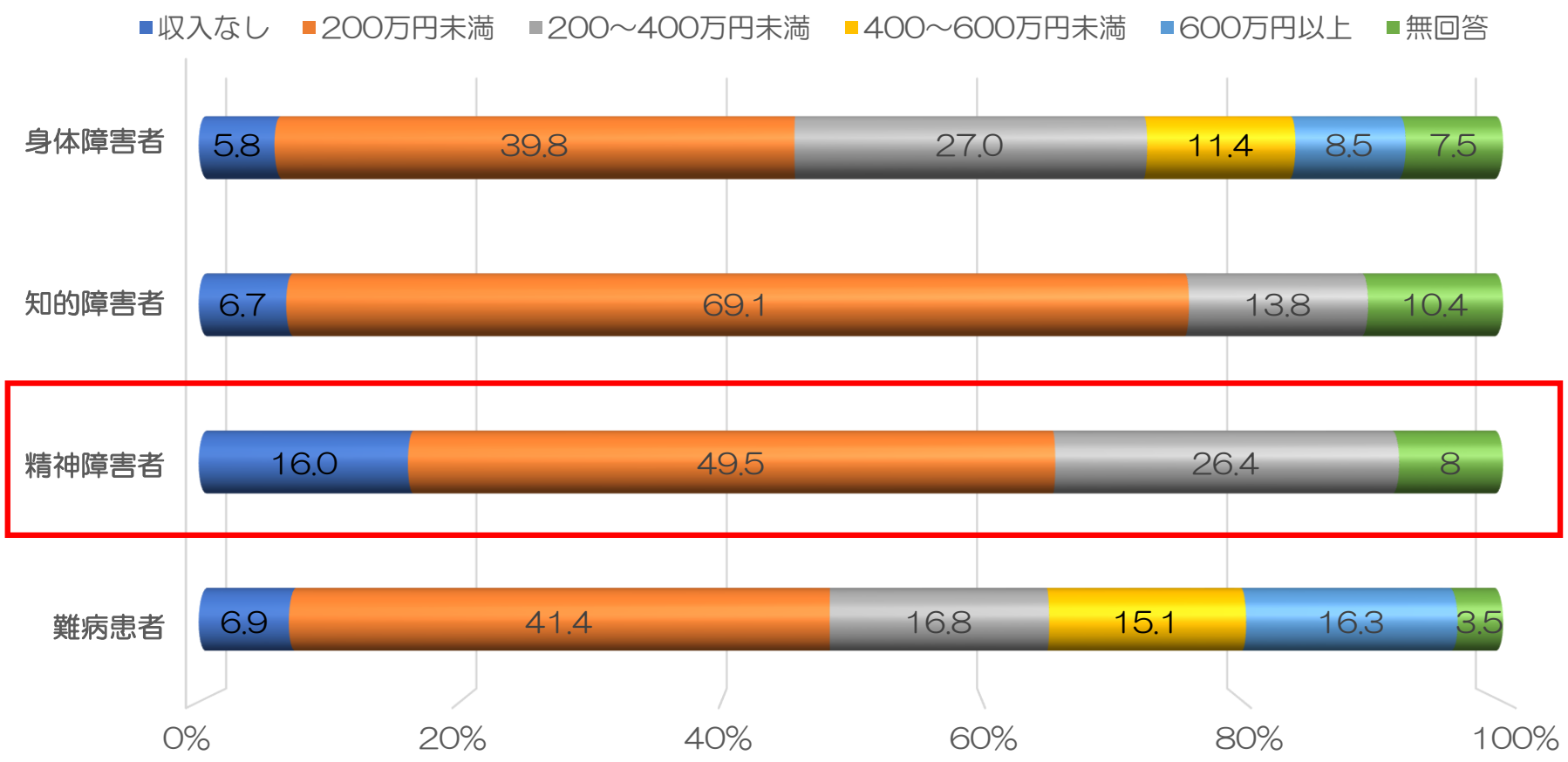
- 世帯収入200万円以上
  認知症の累積発症割合　　：19.7%
  残存歯数20本以上の割合：42.2%

- 世帯収入200万円未満
  認知症の累積発症率　　：24.0%
  残存歯数20本以上の割合：31.1%

認知症リスクが約1.2倍高く残存歯数も影響

Shimada S，et al：Tooth loss explains income inequalities in dementia．J dent 2025：Feb:153:105518.

令和5年度 精神障害者の年間収入額(生活保護費除く)



精神障害者の約7割は年間収入が200万円未満

令和5年度東京都福祉保健基礎調査「障害者の生活実態」p326.
https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/fukushi/r05-chapter6-4syogai-pdf

認知症・障害者などの栄養管理の課題(仮説)

幼少期

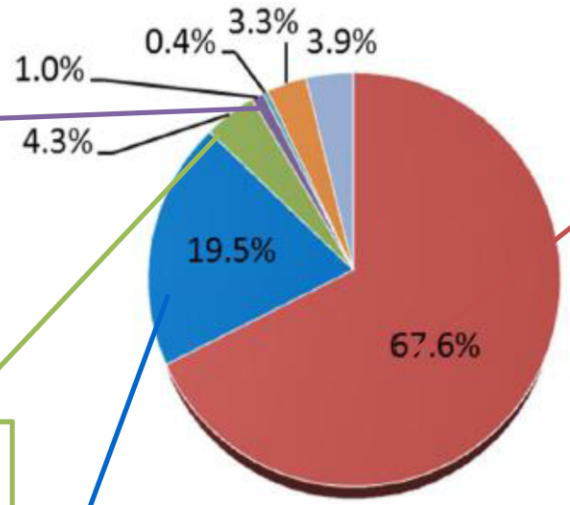
中年期

高齢期

- 教育機会喪失、知的・精神障害など
- 低所得
- 口腔状態の悪化(残存歯数減少)
- 限られた食品選択(誤った食品選択)
- 低栄養・サルコペニア
- 認知機能低下

精神科や障がいの領域では上記にフォーカスして
栄養管理に取り組むべきでは？

認知症の種類とその割合



■前頭側頭型認知症

◆脳の前頭葉や側頭葉で、神経細胞が減少して脳が萎縮する病気です。

【症状】

感情の抑制がきかなくなったり、社会のルールを守れなくなるといったことが起こります。

■アルツハイマー型認知症

◆脳内にたまった異常なたんぱく質により神経細胞が破壊され、脳に萎縮がおこります。

【症状】

昔のことはよく覚えていますが、最近のことは忘れてしまいます。軽度の物忘れから徐々に進行し、やがて時間や場所の感覚がなくなっていきます。

■レビー小体型認知症

◆脳内にたまったレビー小体と呼ばれる構造物が脳などに出現し脳の神経細胞が破壊されおこる病気です。

【症状】

現実にはないものが見える幻視や、手足が震えたり筋肉が固くなるといった症状が現れます。歩幅が小刻みになり、転びやすくなります。

■血管性認知症

◆脳梗塞や脳出血によって脳細胞に十分な血液が送られずに、脳細胞が死んでしまう病気です。高血圧や糖尿病などの生活習慣病が主な原因です。

【症状】

脳血管障害が起こるたびに段階的に進行します。また障害を受けた部位によって症状が異なります。

（その他の凡例）
- アルコール性
- 混合型
- その他

各説明は、全国国民健康保険診療施設協議会「認知症サポーターガイドブック」を元に作成
データは、「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」（H25.5報告）及び『「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について』（H24.8公表）を引用

8

厚生労働省：認知症参考資料「意見交換資料-2参考1　R5.4.19」より引用

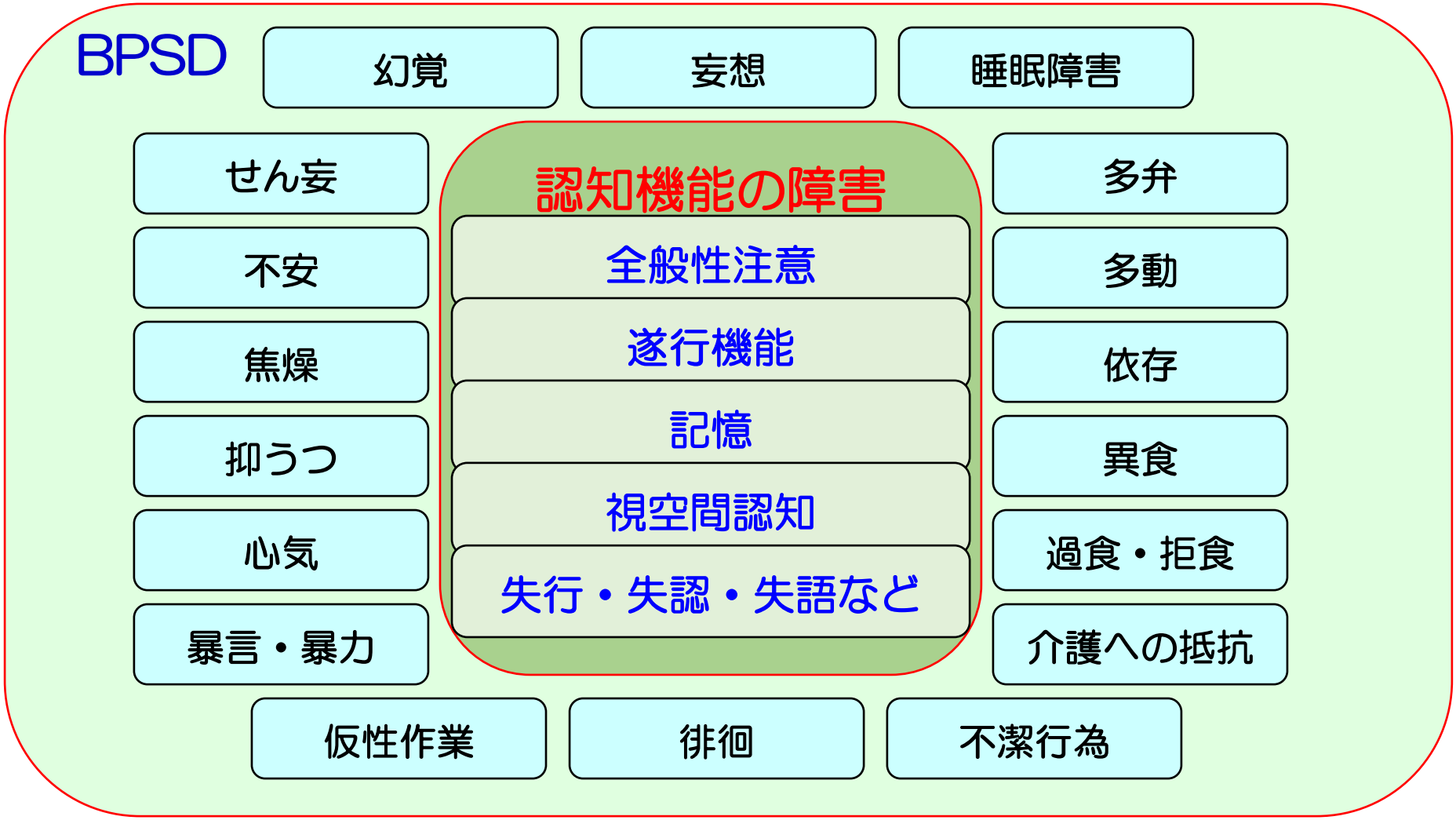
抗認知薬の分類

薬剤	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン	メマンチン
分類	ピペリジン	アルカロイド系	カルバメート系	アダマンタン誘導体
作用機序	AChE阻害	AChE阻害	AChE阻害	NMDA受容体拮抗
適用	軽～重度のAD、DLB	軽～中等度のAD	軽～中等度のAD	中～重度のAD
副作用	消化器症状 ・食欲不振 ・悪心 ・嘔吐 ・下痢など 錐体外路症状	消化器症状 ・食欲不振 ・悪心 ・嘔吐 ・下痢など	貼付部位の皮膚症状 ※消化器症状少ない	めまい、頭痛、眠気、便秘
代謝	肝	肝・腎50%ずつ	腎	腎
半減期	90時間	5～7時間	10時間	60～80時間

AD：アルツハイマー型認知症、DLB：レビー小体型認知症

稲田健 編：本当にわかる精神科の薬はじめの一歩改訂版(株)羊土社、東京、2019より引用作成

認知症のもうひとつの症状



認知症患者では認知機能障害を中心に、認知症の行動・心理症状(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia(BPSD))も高い頻度で認められる。治療には**抗精神病薬**などが用いられる場合もある。

向精神薬？抗精神病薬？

向精神薬の分類



	適応症(病名)	標的症状
抗精神病薬	統合失調症	精神病症状 幻覚・妄想
抗不安薬	不安症 神経症	不安、強迫 イライラ
睡眠薬	不眠症	不眠
抗うつ薬	うつ病 不安症	抑うつ
気分安定薬	双極性障害	躁状態 衝動性、イライラ
抗認知症薬	認知症	認知機能障害 記憶障害
発達障害治療薬	注意欠陥・多動症	不注意、多動

稲田健 編：本当にわかる精神科の薬はじめの一歩改訂版(株)羊土社、東京、2019より引用作成

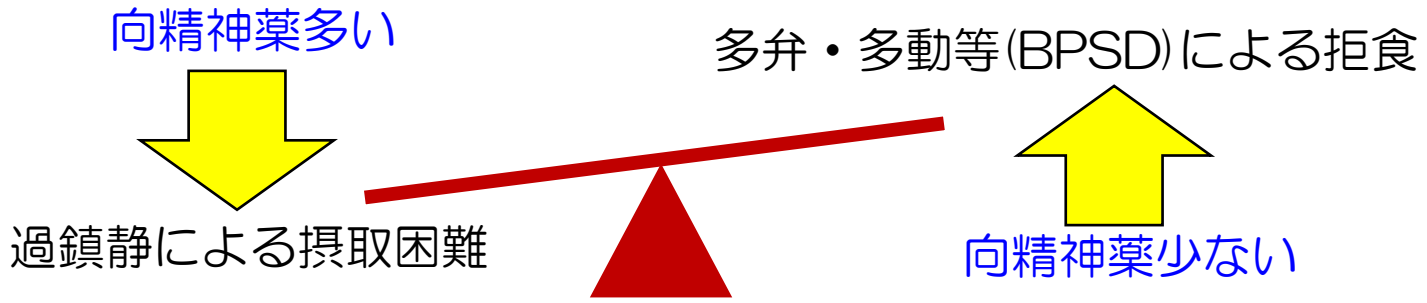
薬物療法と食事摂取

- 非薬物療法によってBPSDを減少させる十分な努力を行った後に行われるべきであり、薬物投与を優先して行うべき例外的状況は以下の３つ

①大うつ病の状態(希死念慮の有無を問わない)

②他者に危害を加える可能性が非常に高い妄想

③自分自身や他者を危険にさらす原因となる攻撃性



薬剤調整に伴い食事摂取量は変化

「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会 編：認知症疾患診療ガイドライン2017，(株)医学書院，東京，2017

- そんな大変な認知症の症状とは？



認知症の症状「失認」

事例その①『食具を認識できない』

- 食事と共に置かれているお箸やスプーンが『食事を食べるために必要な道具』という認識が失われた状態

～対策～

- おにぎりやパンなどといった食具を使わない食事であれば手掴みで食べ始める場合もある

石岡拓得，他：「認知症患者の食事中の兆候・症状別栄養ケアのポイント　傾眠・失認・失行・異食・盗食」ニュートリションケアvol18(8)，40-43，2025.

認知症の症状「失行」

事例その②『動作を適切に行えない』

- 目の前に食事が配膳され、食事と共にお箸やスプーンなどの食具が置かれていても、その食具をどのように使用すべきか分からない状態

～対策～

- 箸やスプーンなどの食具を正しく手に持たせ、食事を食べる動作をアシスト
- 他患者と共に食堂などで食べることで、食べる動作を模倣する場合もある

石岡拓得，他：「認知症患者の食事中の兆候・症状別栄養ケアのポイント　傾眠・失認・失行・異食・盗食」ニュートリションケアvol18(8)，40-43，2025.

認知症の症状「傾眠」

事例その③『昼夜逆転している』

～対策～

- 覚醒した夜間の食事提供は不可能。栄養補助食品などを病棟へ常備して提供することは可能。医師や看護師などと連携が重要

事例その④『食事前に入浴していた』

～対策～

- 食事前の入浴が影響している場合もある。入浴時間を少し早める、もしくは食後に変更するなどの調整で改善することも

事例その⑤『薬剤調整』

～対策～

- 傾眠とは少し異なるがBPSD治療で、やむを得ず向精神病薬などが使用される場合もある。薬剤の特徴もチェック

石岡拓得，他：「認知症患者の食事中の兆候・症状別栄養ケアのポイント　傾眠・失認・失行・異食・盗食」ニュートリションケアvol18(8)，40-43，2025.

認知症の症状「異食」

事例その⑥『食事以外の物を食べてしまう』

- 経口から摂取してはいけない食物以外の異物(時には糞便なども)を食べ物と誤認し、口に入れて食べようとする行為

～対策～

- 手の届く範囲の異物はあらかじめ撤去しておく(おしぼり、おしぼりの袋、ストロー、オムツなど)窒息事故などを未然に防ぐためにも、異食となり得る対象物は無いか注意

石岡拓得，他：「認知症患者の食事中の兆候・症状別栄養ケアのポイント　傾眠・失認・失行・異食・盗食」ニュートリションケアvol18(8)，40-43，2025.

認知症の症状「盗食」

事例その⑦『動作を適切に行えない

- 自身に配膳された食事以外の他者の食事などを盗って食べてしまうような行為。特に前頭側頭型認知症の場合、食行動異常が多いとされている

～対策～

- 食事の際は、個室対応もしくは隣席の方との間をひと席空ける
- 配膳中に配膳車からの盗食、食事終了後の残菜の盗食などといった事例もあるため、食前、食後についても配慮が必要

石岡拓得，他：「認知症患者の食事中の兆候・症状別栄養ケアのポイント　傾眠・失認・失行・異食・盗食」ニュートリションケアvol18(8)，40-43，2025.

認知症の新たなケア方法「ユマニチュード」



認知症患者に接する医療従事者は必ず読むべき本だと思います。

「見る」
「話す」
「触れる」
意識していますか？

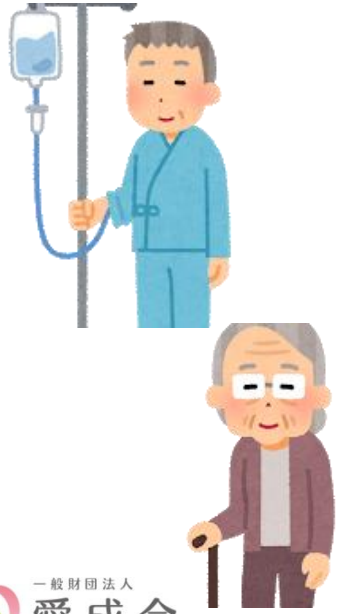
本田美和子，イヴ・ジネスト，ロゼット・マレスコッティ
ユマニチュード入門．(株)医学書院，東京，2014より

「ユマニチュード」実践例



患者さんの病室を訪問するとき

- 相手が気づく程度の強さでドアをノックする
- ドアが無ければ壁などをノックする
- 気づかなければ数回ノックを繰り返す
- 気づかなければ視界に入る様に遠くから手を振る



患者さんが歩行中のとき

- 後ろからは絶対に声掛けしない
- ゆっくりと患者さんの前へ移動して距離を保ちながら視界へ入り気づいてもらう

「ユマニチュード」実践例



患者さんとお話しするとき

- 相手にやさしく触れる
- 視界に入って目線の高さを相手に合わせる
- 嫌がる時には無理しない
- ゆっくり優しく話しかける
- 話の内容は否定も肯定もしない
- 天気、最近の話題、対象者が興味を持っていることなど他の話も織り交ぜながら要件に入る



大事なことは「笑顔」

認知症の種類と特徴・中核症状とBPSD(小括)

- 認知症の病態を理解
- 向精神病薬のリスクとベネフィット
- ユマニチュードを意識

～本日のおしながき～

- 認知症の種類と特徴
- 中核症状と行動・心理症状(BPSD)
- 食事を食べてくれない時の対応
  ～栄養管理と給食管理～
- PES報告に基づいた症例提示
- 認知症における栄養と水分補給に関するESPENガイドライン2024年改訂版
- まとめ

当院の認知症治療病棟の現状

- **病床数**：60床
- **入院患者の食事の種類(食事形態)**
  常食：19名
  軟食：8名
  嚥下調整食：25名、
  経管栄養：1名
  ゼリー食：1名
- **栄養補助食品追加など個別対応**
  21名(35%)

何故このような個別対応が必要か？

2026年11月2日現在

認知症患者の食事摂取量の影響は？



標準体重1kg当り
25kcal以上摂取している者
(摂取良好群)



標準体重1kg当り
25kcal未満であった者
(摂取不良群)

- 調査項目は全てカルテ内で閲覧可能な項目のみ
- 食事摂取量は看護記録を参考に管理栄養士が算出
- 異常値の定義(BMI 18.5kg/㎡未満、血清Alb値3.8g/dl未満、血清TC値140mg/dl未満、血清Hb値 男性13.0・女性12.0g/dl未満)

認知症患者の栄養状態と在院期間

		食事摂取良好群(n=49) 男27/女22		食事摂取不良群(n=27) 男11/女16		
年齢	(歳)	81.6±6.5		83.0±5.5		
在院期間	(日)	67.8±26.7		97.5±55.5		**
身長	(m)	152.9±9.2		151.4±9.6		
HDS-R	(点)	12.4±6.5		7.6±6.3		***
体重	(kg)	51.0±9.0		48.6±10.7		
BMI	(kg/m²)	21.9±3.5	(9例18.4%)	21.1±3.7	(6例22.2%)	
Alb	(g/dl)	3.8±0.5	(21例42.9%)	3.5±0.5	(18例66.7%)	**(**)
TC	(mg/dl)	182±43	(6例12.2%)	173±42	(6例22.2%)	
Hb	(g/dl)	12.4±1.8	(24例49.0%)	12.2±1.7	(15例55.6%)	
標準体重1kg当り 食事摂取量						
エネルギー	(kcal/kg)	31.6±4.4		14.3±0.6		***
タンパク質	(g/kg)	1.3±0.2		0.6±0.3		***

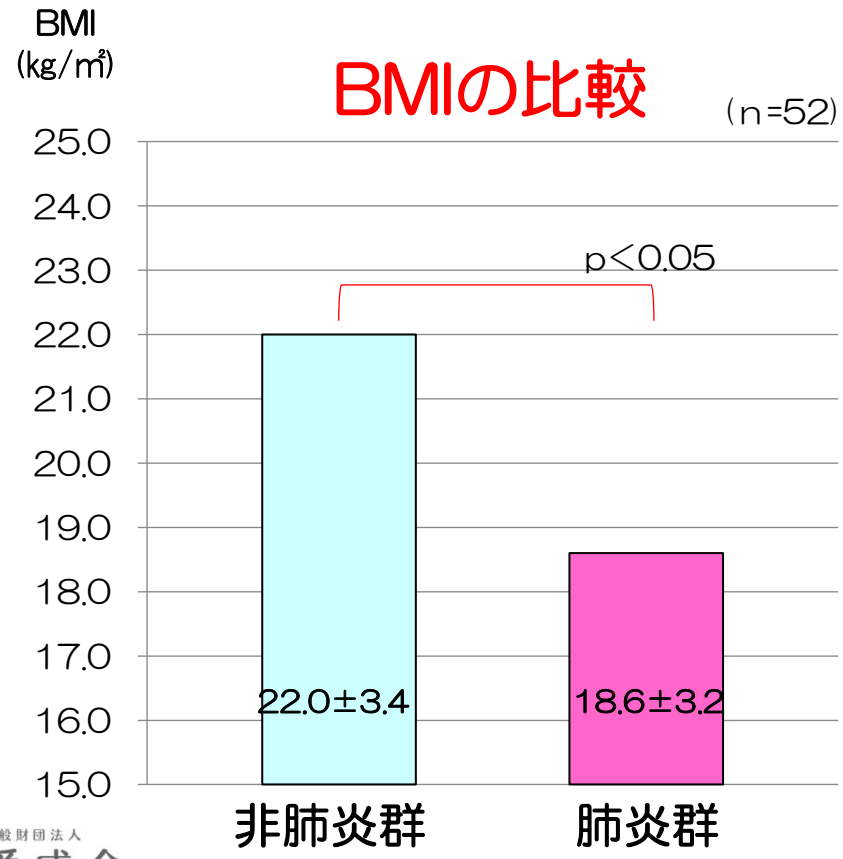
*p＜0.1　**p＜0.05　***p＜0.01

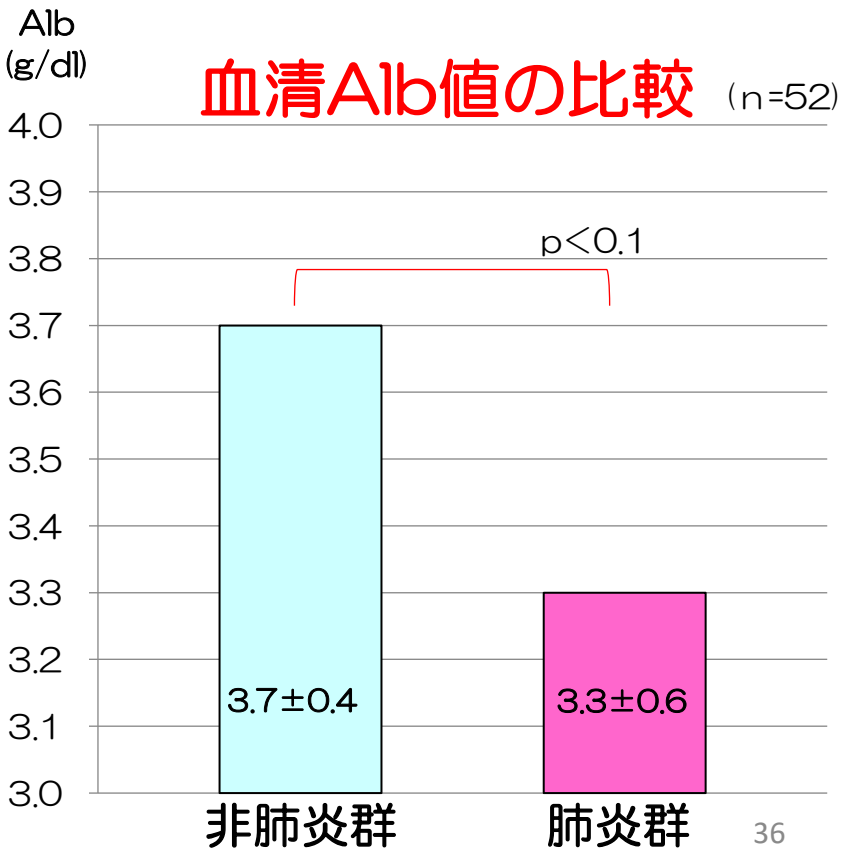
石岡拓得，他：精神科病院における認知症患者の食事摂取量と栄養状態の変化．消化と吸収vol 41，113-119，2019.

肺炎発症前の食事摂取状況と栄養状態

対象：高齢精神疾患患者

食事摂取状況		非肺炎群 (n=42)	肺炎群 (n=10)	
エネルギー	(kcal/kg)	29.4±4.2	25.5±4.3	p<0.05
タンパク質	(g/kg)	1.2±0.2	1.0±0.2	p<0.01





石岡拓得，他：「食事摂取量からみた高齢精神疾患患者の低栄養と肺炎の関連について」消化と吸収35；324-331；2013

一般財団法人 愛成会

高齢者の誤嚥性肺炎入院費用(推計値)

肺炎による入院患者総数の推計値※	70歳以上でかつ誤嚥性肺炎の患者数推計値	70歳以上の肺炎の1日当たりの入院費用(円/日)	年間の肺炎の入院費用の推計値(円/年)
38,300人	19,910人	49,040	444,922,446,805

※厚生労働省：平成23年度患者調査の概況

肺炎による年間の入院費用は約4,450億円

道脇幸博，他：「70歳以上の高齢者の誤嚥性肺炎に関する総入院費の推計」老年歯学28(4)；366-368；2014

だから認知症患者の栄養管理が大事

認知症患者の傾向



食事の拒否



食欲低下

低栄養



在院日数の長期化



肺炎など感染症増加

予防・改善には…

➢積極的な口腔ケアや早期栄養介入が必要

- 認知症患者の必要エネルギーは？



認知症患者のエネルギー代謝①

対象者：ほとんどの認知症患者はMini-Mental State検査で11点以下(長期間施設へ入所中)
REE測定方法：間接熱量測定

		アルツハイマー型認知症 (n=10)	多発梗塞性認知症 (n=10)	コントロール群 (n=10)
年齢	(歳)	76.0±8.4 *	84.5±5.2 **	75.0
BMI	(kg/㎡)	22.7±3.0	25.3±2.6	23.0±2.7
体脂肪率	(%)	32±3	34±4	31±4
除脂肪体重	(kg)	39.2±4.4	40.7±5.3	40.0±4.9
REE	(kcal/日)	1089±129	1078±102	1188±143
体重当りREE	(kcal/kg/日)	20.2±3.6	18.0±1.5 *	20.5±0.9
食事摂取量	(kcal/日)	1709±117	1581±170	1684±347
体重当り食事摂取量	(kcal/kg/日)	31.8±4.5 *	26.5±4.0	29.1±4.8

*p＜0.05　**p＜0.01

食事摂取量低下やREE亢進は認めらなかった

Niskanen L,et al:Resting energy expenditure in relation to energy intake in patiebts with Alzheimers disease, multi-infarct dementia and in control women.Age Ageing22:132-137:1993.

認知症患者のエネルギー代謝②

対象者：ほとんどの認知症患者はMini-Mental State検査で0-24点以下(自宅で生活)
REE測定方法：二重標識水

		アルツハイマー型認知症 (n=30)	コントロール群 (n=103)	
年齢	(歳)	73±8	69±7	**
MMSEスコア		16±8	29±2	**
体重	(kg)	65±11	71±11	
Fat Mass	(kg)	20±7	22±9	
Fat Free Mass	(kg)	45±9	49±8	
Albumin	(g/dl)	4.1±0.3	4.1±0.3	
1日のエネルギー消費量	(kcal/日)	1901±517	2213±513	**
REE	(kcal/日)	1287±227	1418±246	*
呼吸商		0.84±0.05	0.85±0.04	
エネルギー摂取量		1799±403	1878±519	

*p＜0.05　**p＜0.01

REE亢進は認められなかった

Poehlman ET.et al：Daily energy expenditure in free-living non-institutionalized Alzheimers patients：a doubly labeled water study. Neurology97；997-1002；1002

食事摂取時の観察ポイント

- 精神状態(易怒的、拒否的など)
- 咀嚼の状況
- 嚥下の状態
- 嗜好の確認
- 食具の使い方
- 姿勢
- 服薬治療開始後の変化など

継続した観察で食事形態や内容を変更

食べてくれない認知症患者の対応事例



- 食堂で他の患者さんと共に摂取することで摂取量が増加することもあります

食べてくれない認知症患者の対応事例

- 静かな環境(個室など)で遠くから見守ることで摂取量が増えることもあります



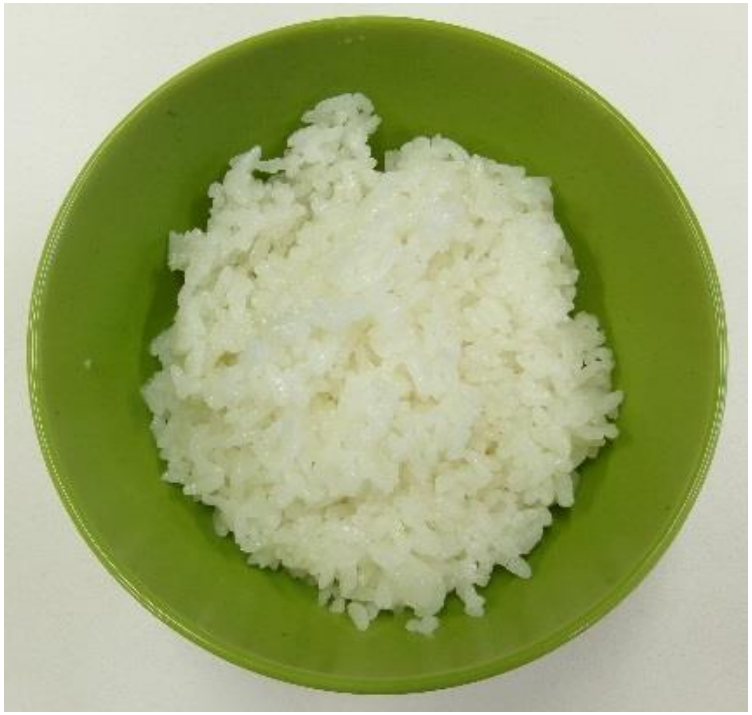
食べてくれない認知症患者の対応事例



- 沢山の品数があることで何から食べれば良いか迷い、食事が進まなくなることもあります。
- その際は1品ずつ提供することで摂取量が増えることもあります。
- 別皿を準備して1皿に少しずつ盛り付けて提供なども効果的です。

食器の色も重要(特に主食丼)











盛り付け、食器の柄、固くなったご飯粒などにも注意

食具の使い方にも注意









認知症患者の摂取量増加につながった当院の対応例

- 義歯の調整や口腔ケア
- パン、お握りなど手掴みで摂取できる食品
- あんこなど甘い食品
- 女性患者には男性スタッフなど異性の介助
- 都度、笑顔で声掛けして安心感を与える
- 梅干しなど味がハッキリしている食品
- 箸やスプーンなどの食具変更
- 吸啜反射を利用した開口

石岡拓得，三上恵理，佐藤史枝，他：「精神科病院における認知症患者の食事摂取量と栄養状態の変化」．消化と吸収vol 41，113-119，2019．より引用改変

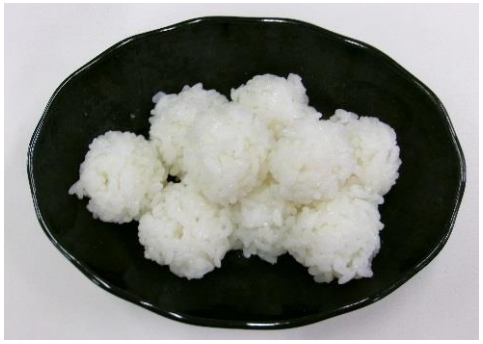
認知症患者の状況に応じた対応例



通常おにぎり



ひとくちおにぎり



豆おにぎり

- 麺類(温・冷)
- パン
- 経口補助食品など

個々の症状に応じた対応が不可欠

患者さんの精神状態にも注意が必要



患者さんとの距離感も大切に！

低栄養以外に食事形態低下で生じること

- 洗面、排泄、食事などADLの低下
- 義歯装着率の低下
- 機能歯数の低下
- 食事時間の延長と介護負担の増加
- 給食経営管理の負担増加など

岡澤仁志，他：在宅要介護高齢者家族の介護負担と食事との関連．老年歯学31(3)；354-362；2016.
介護老人保健施設入所者の食事内容と口腔・全身状況との関連性に関する検討．老年歯学22(3)：319-325：2007.
重度痴呆性老人における食事形態および口腔内状況について．老年歯学11(3)：186-191：1997.

咀嚼機能低下者のONS使用金額

	単位	良好群(n=8) (残存歯数20本以上 もしくは義歯使用者)	不良群(n=16) (残存歯数20本未満 かつ義歯不使用者)	
ONS使用金額	円	33.7±65.0	101.1±142.9	n.s.
(ONS摂取者)		(2例25.0%)	(7例43.8%)	n.s.

(　)は頻度を示した

n.s.：not significant

石岡拓得，他：「統合失調症患者の残存歯数と食事摂取の特徴」：消化と吸収47(2)，155-162，2025

強化粥の活用

全粥(370g)+脂質(7g)+プロテイン(5g)+粉飴(7g)の添加







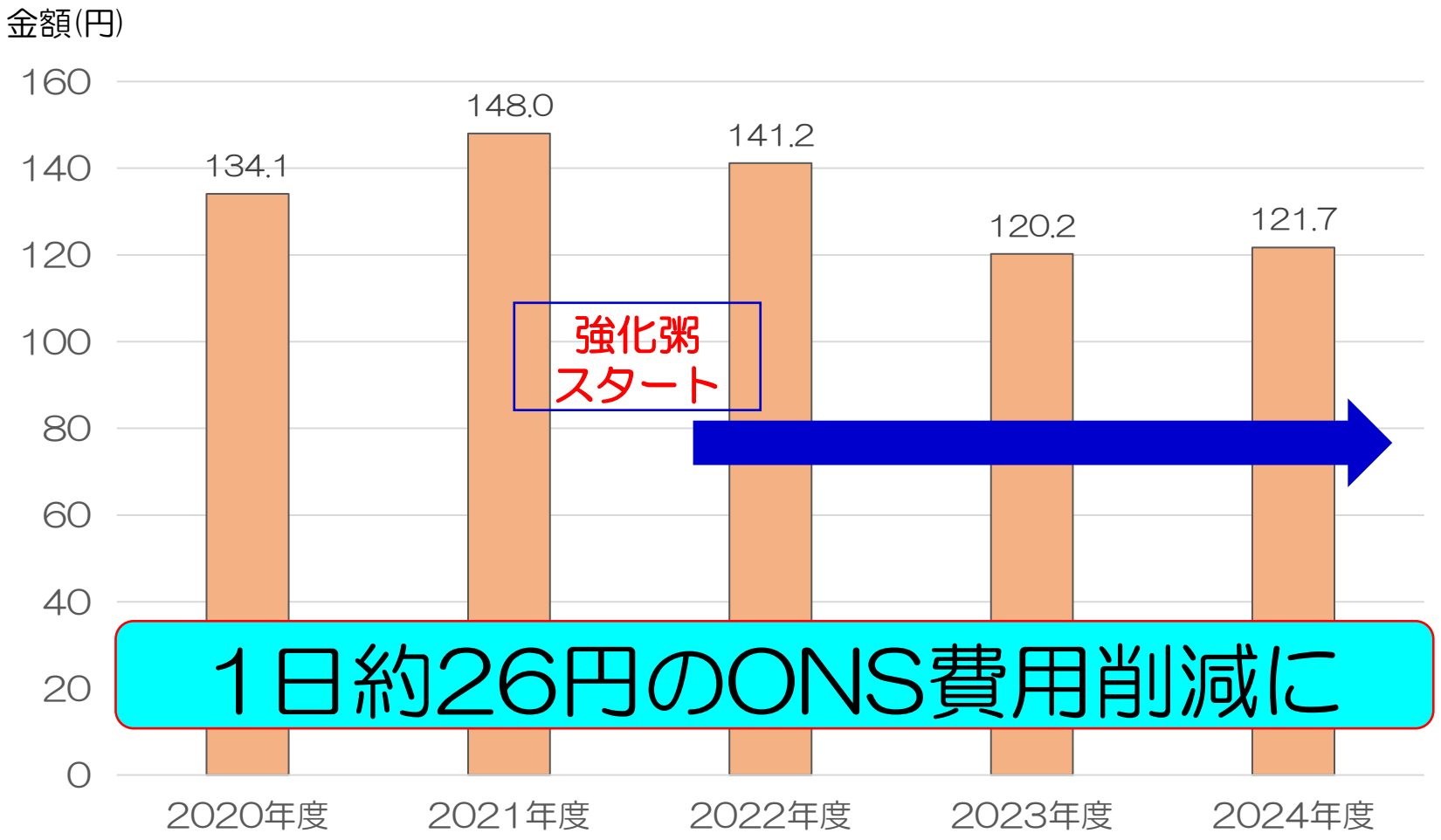

	全粥	+MCT油	+サラダ油	+オリーブ油	+ごま油	+こめ油
価格(円)	27.5	128.1	87.3	99.2	92.5	89.0
エネルギー(kcal)	179	288	289	289	289	289
タンパク質(g)	3.1	7.1	7.1	7.1	7.1	7.1
脂質(g)	0.5	7.7	7.7	7.7	7.7	7.7
味・風味		◎	○	×	△	◎
見た目		○	○	△	△	○

MCT：Medium Chain Triglyceride

価格は2025年8月時点で算出した

葛西亜紀，他：第14回日本精神科医学会学術大会．一般演題発表より2025.

１人当たりのONS平均使用額



１日約26円のONS費用削減に

第14回日本精神科医学会スライドより

食事を食べてくれない認知症患者の対応(小括)

- 低栄養は在院日数の長期化
- BPSDに応じた対応が必要
- ONSの使用頻度(金額)に注意
- 個別対応増加に伴う給食管理の負担軽減

～本日のおしながき～

- 認知症の種類と特徴
- 中核症状と行動・心理症状(BPSD)
- 食事を食べてくれない時の対応
  ～栄養管理と給食管理～
- PES報告に基づいた症例提示
- 認知症における栄養と水分補給に関するESPENガイドライン2024年改訂版
- まとめ

症例

Aさん　70歳代　女性

アルツハイマー型認知症　低栄養

既往歴：高血圧症

主訴：食事や介護の拒否が強く自宅介護困難

- 身長：150.0cm
- 入院時体重：30.3kg　BMI：13.5kg/㎡
- 半年前体重：35.0kg　BMI：15.6kg/㎡
- Alb：3.46g/dl　TC：176mg/dl　Hb：9.8g/dl
- MMSE：6/30点　CC：24.5cm

症例

- 介護抵抗強く他の身体計測値等は測定不可能
- 屋内：家具等につかまりながら歩行
- 屋外：杖歩行
- 元来、やせ型で頑固な性格であった
- 発語あるが興奮して昼夜問わず叫んでおり聞き取れない状態である。飲水等でのむせ込みは無し。食事は介助で口腔内へ取り込むが吐き出すことが多い。
- 薬剤も同様に吐き出している。義歯は上のみで下は自歯、浮腫、腹水等はなし。
- 食欲や味覚の変化、口腔内の異常など尋ねるが興奮して内容は聞き取れない。噛みつく行為あるため口腔内の評価も困難である。

症例

- 10年程前から話に一貫性が無く物忘れが出現していたが、日常生活には大きな支障は無く自宅で家族と共に生活していた。ところが、3ヶ月程前から徐々に落ち着きが無く食事も拒否傾向となり約4.0kgの体重減少が認められた。また、服薬拒否も強く残薬が多かった。
- そのため、かかりつけ医(Aクリニック)を受診したところ経腸栄養剤(エネルギー250kcal、タンパク質8.8g)×2本を処方された。しかし、経腸栄養剤は口に含んでも飲み込まずに吐き出してしまうことが多かった。また、食事拒否に加えて、介護抵抗、服薬や点滴なども拒否し、さらに落ち着きがなくなっていた。
- また、自分の財布が盗まれたと昼夜関係なく支離滅裂な言動で騒ぐため、同居する家族も疲弊し対応に苦慮していた。家族は施設入所等も考えていたが現在の状況では受け入れ施設が無いため、かかりつけ医の紹介で当院初診し医療保護入院となった。

症例

栄養介入に至った経緯

- 入院後も食事、服薬、介護の拒否が続いており末梢静脈栄養(PPN)でビーフリード500ml×1、ST3(500ml)×1を投与しているが自己抜去を繰り返すため、やむを得ず身体拘束が開始された。しかし、身体拘束は関節硬縮や筋力低下、認知症の進行など身体的弊害や精神的弊害を招くため、早期解除が望ましく、そのためにはPPNからの離脱が必須である。
- PPN離脱には食事や水分を経口から安定的に摂取することが不可欠であり栄養介入依頼となった。

GLIM基準の評価

別紙 3

65歳以上

簡易栄養状態評価表
Mini Nutritional Assessment-Short Form

氏名： 調査日： 性別： 年齢：

体重： kg 身長： cm BMI： kg/㎡

スクリーニング

A 過去3ヶ月間で食欲不振、消化器系の問題、咀嚼・嚥下障害などで食事量が減少しましたか
0=著しい食事量の減少
1=中等度の食事量の減少
2=食事量の減少なし
→ 0

B 過去3ヶ月間で体重の減少がありましたか？
0=3kg以上の減少
1=わからない
2=1～3kgの減少
3=体重減少無し
→ 0

C 自力で歩けますか？
0=寝たきりまたは車椅子を常時使用
1=ベッドや車いすを離れられるが、歩いて外出はできない
2=自由に歩いて外出できる
→ 1

D 過去3ヶ月間で精神的ストレスや急性疾患を経験しましたか？
0=はい 2=いいえ
→ 2

E 神経・精神的問題の有無
0=強度認知症またはうつ状態
1=中等度の認知症
2=精神的問題なし
→ 0

F1 BMI
0=BMIが19未満
1=BMIが19以上、21未満
2=BMIが21以上、23未満
3=BMIが23以上
→ 0

BMIが測定できない方は、F1の代わりにF2に回答して下さい。
BMIが測定できる方は、F1のみに回答し、F2には記入しないでください。

F2 ふくらはぎの周囲長(cm)：CC
0=31cm未満
3=31cm以上
→

スクリーニング値
(最大：14ポイント) 3

12-14ポイント：栄養状態良好 8-11ポイント：低栄養の恐れあり 0-7ポイント：低栄養

●浮腫：☐ 無し ・☐ 有り(☐ 胸水・☐ 腹水・☐ 下肢)・☐ 不明

表 1 GLIM 診断基準

表現型基準		
体重減少	低 BMI	筋肉量の減少
中等度低栄養 ☐5～10% / 6 ヶ月間 or ☐10～20% / 6 ヶ月以上	☐年齢＜70：＜18.5kg/㎡ ☐年齢≧70：＜20.0 kg/㎡	下腿周囲長 ☐男性：＜30.0cm ☐女性：＜29.0cm
重度低栄養 ☑6 ヶ月間に＞10% or ☐6 ヶ月以上で＞20%	☐年齢＜70：＜17.0kg/㎡ ☑年齢≧70：＜17.8 kg/㎡	下腿周囲長 ☐男性：＜27.0cm ☑女性：＜26.0cm

病因基準	
経口摂取量減少もしくは同化不全	疾病負荷 / 炎症
☐1 週間：必要栄養量の 50% or ☑2 週間以上の食事摂取量減少 or ☐食物の同化または吸収に悪影響を及ぼす慢性的な消化管の状態	☐急性疾患 / 外傷 or ☐慢性疾患 or ☐CRP＞0.5mg/dl

GLIM基準では「重度低栄養」と判定

演者自験例

この症例のPES報告記載例(入院時)

- NI-5.3エネルギー・たんぱく質摂取量不足
- NB-2.6自発的摂取困難

S

- 元々食べない。直ぐお腹一杯になるから食事はいらない
- 身体拘束を今すぐ外せ
- 早く退院させろ

O

- 身長150.0cm、体重30.3kg、BMI 13.5kg/㎡、体重減少率13.4%/6ヶ月、CC 24.5cm
- Alb 3.46g/dl、TC 176mg/dl、Hb 9.8g/dl　MNA-SF 3点
- 必要栄養量　　：エネルギー約1200kcal、必要タンパク質：35～40g　(目標体重35.0kgとして)
- 入院前の摂取量：エネルギー約650kcal、タンパク質20g前後
- 食事拒否強く処方された栄養剤なども未摂取
- 介護抵抗が強く時に暴力的であり食事介助なども困難な状況

A

・BPSDによる食事拒否などの影響で経口摂取が減少し「重度低栄養」状態へ陥った可能性が高い

根拠(S)：BMI 13.5kg/㎡、Alb 3.46g/dl、エネルギーやタンパク質の摂取量が必要量の約1/2
要因(E)：BPSDと思われる食事拒否
診断(P)：NI-5.3エネルギー・たんぱく質摂取量不足

根拠(S)：BPSDによる食事を拒否する発言や態度
要因(E)：見当識障害による不安感
診断(P)：NB-2.6自発的摂取困難

P

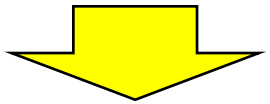
・精神症状含め本人の嗜好、摂取状況に配慮した食事内容とすることで摂取量アップを図る

Mx：体重、BMI、Alb、食事摂取量、BPSD
Rx：エネルギー1200kcal、タンパク質35～40g
Ex：状況に応じた食事対応、少量高カロリーの食事提供

症例(その後…)

管理栄養士が入院後に収集した情報(本人より)

- 数口摂取で「お腹がいっぱい」と眉間にシワを寄せる
- 「めん類(特に焼きそば)なら食べられそうかな…」
- 水分はトロミなしで摂取できている
- とにかく話し好き
- 食形態：嚥下調整食学会分類2021　コード2-2相当
- 栄養補助食品：試験的に色々提供した結果、
  リキッドタイプを好む
- 食事・水分摂取困難でPPN開始(ビーフリード500ml×1、ST3(500ml)×1)



- 食事量を減じつつ栄養補助食品を活用
- 主食は焼きそば、食事形態はひと口大へ変更
- Aさんには「たくちゃん」と呼ばれるようになる

演者自験例

栄養情報連携(退院時)…理想です

- 麺類は好んで摂取しますが特に焼きそばが好きです。炒める際に少し多めの油を使うと食べ易く、エネルギーも効率良く摂取できます。
- 飲み物はストローを使用した方が飲みやすいとの事です。
- 直ぐに満腹感を訴えますので栄養補助食品は水分補給やおやつの時間に提供してください(栄養剤の購入が難しければ牛乳、アイスクリームなどの摂取でも構いません)。
- とにかく話し好きです。お話を聞くことで機嫌が良くなります。
- 食事拒否の際は無理せず1度下膳し、再度声掛けすると食べることがあります。

この様な情報の連携が理想です…

症例(退院後…)

- 本症例の患者は退院後GHへ入所、退院後も定期的に外来受診している。ある日、Aさんが外来で当方を見かけたときに、大声で**「たくちゃ～ん」**と名前を呼んで笑顔をみせてくれた。
- 認知症は記憶が障害される疾患といわれているが、担当した管理栄養士の顔と名前を記憶してくれたことは、この上ない喜びであった。

PES報告に基づいた症例提示(小括)

「SOAP」を正しく理解する

「S」Subject：主観的情報
「O」Object：客観的情報
「A」Assessment：評価
「P」Plan：計画

～本日のおしながき～

- 認知症の種類と特徴
- 中核症状と行動・心理症状(BPSD)
- 食事を食べてくれない時の対応
  ～栄養管理と給食管理～
- PES報告に基づいた症例提示
- 認知症における栄養と水分補給に関するESPENガイドライン2024年改訂版
- まとめ

スクリーニング・評価・モニタリングなど

- 認知症患者に対しては、栄養失調および脱水症状のある患者を特定するために、検証済みのツールを用いて、栄養失調および脱水症状のスクリーニングを定期的に実施すべきである。
- 全ての認知症患者において、体重を定期的にモニタリングし、記録すべきである。
- すべての認知症患者について、飲食に関する個々の習慣、好み、能力、行動を可能な限り評価し、考慮すべきである。

Volkert D，et al：ESPEN guideline on nutrition and hydration in dementia-update 2024．Clin Nutr43(6)：1599-1626：2024

食欲増進

- 認知症患者に対しては食欲増進や体重増加を目的とした薬剤を使用すべきではない。
- 食欲増進剤として宣伝されている非薬物療法(あるコール・ハーブなど)は認知症患者の食事摂取を促進するために提供すべきではない。
- 認知症患者の食事摂取を促進するために、風味増強添加物(スパイスなど)を日常的に使用すべきではない。ただし、個人の好みに応じて使用すること。

Volkert D，et al：ESPEN guideline on nutrition and hydration in dementia-update 2024．Clin Nutr43(6)：1599-1626：2024

認知症患者には経口栄養補助食品を提供すべきか？

- 認知症患者にはエネルギーおよびタンパク質の摂取量を増加させ、栄養状態を改善または維持するために経口栄養補助食品を提供すべきである。
- 認知症患者において認知機能障害を改善したり、さらなる認知機能および身体機能の低下を予防したりするために、経口栄養補助食品を使用すべきではない。

Volkert D，et al：ESPEN guideline on nutrition and hydration in dementia-update 2024．Clin Nutr43(6)：1599-1626：2024

認知機能障害の改善や機能低下予防

- 認知症患者に対し、認知機能障害の改善やさらなる認知機能低下の予防を目的としてケトン食療法を日常的に提供すべきではない。
- 認知症患者に対し、認知機能障害の改善やさらなる認知機能低下の予防を目的として、オメガ3脂肪酸サプリメントを日常的に提供すべきではない。
- 認知症患者に対し、認知機能障害の改善やさらなる認知機能低下の予防を目的として、プロバイオティクスを日常的に提供すべきではない。

Volkert D，et al：ESPEN guideline on nutrition and hydration in dementia-update 2024．Clin Nutr43(6)：1599-1626：2024

経腸栄養

- 認知症患者に対する経腸栄養および水分補給の実施または非実施に関する各決定は、患者の臨床状況、全般的な予後、および本人の希望を考慮し個別に行うものとする。
- 終末期の認知症患者に対しては、経腸栄養、非経口栄養、および非経口水分摂取を開始してはならない。
- 軽度または中等度の認知症患者において、栄養摂取量が著しく低下している原因が主に可逆的な状態によるものである場合、経腸栄養を一時的に用いるべきである。
- 重度の認知症患者に対しては、経腸栄養を開始してはならない。

Volkert D，et al：ESPEN guideline on nutrition and hydration in dementia-update 2024．Clin Nutr43(6)：1599-1626：2024

静脈栄養

- 軽度または中等度の認知症患者において、栄養摂取量が著しく低下している原因が主に可逆的な状態によるものであり、かつ経腸栄養が禁忌であるか、あるいは耐容できない場合、一時的に静脈栄養を用いることができる。
- 水分摂取が不十分な時期には、危機的状況を乗り切るために、一時的に輸液を行うことができる。

Volkert D，et al：ESPEN guideline on nutrition and hydration in dementia-update 2024．Clin Nutr43(6)：1599-1626：2024

ESPENガイドライン2024年改訂版(小括)

- 定期的な栄養評価
- 食べられる支援
- 経口摂取を最優先

エビデンスに基づいた栄養管理が重要！

認知症の栄養管理は
『その人らしく食べ続けられる支援』

～本日のおしながき～

- 高齢者の食事摂取量変化
- 認知症の種類と特徴
- 中核症状と行動・心理症状(BPSD)
- 食事を食べてくれない時の対応
  ～栄養管理と給食管理～
- PES報告に基づいた症例提示
- 認知症における栄養と水分補給に関するESPENガイドライン2024年改訂版
- まとめ

- 何故ここまで認知症患者の経口摂取にこだわるのか？



認知症患者の経口摂取にこだわる理由

- 経管栄養が生存率を向上させる、QOLを向上させるなど、経管栄養が有用に成り得るとは限らない。

Davies N，et al：Enteral tube feeding for people with severe dementia.Cochrane Database Syse Rev 13

- 認知症患者に対しては、食事および水分補給を支援し、栄養状態を維持または改善するために個別化された多職種連携による多面的なアプローチを提供すべきである。

Volkert D，et al：ESPEN guideline on nutrition and hydration in dementia-update 2024．Clin Nutr43(6)：1599-1626：2024



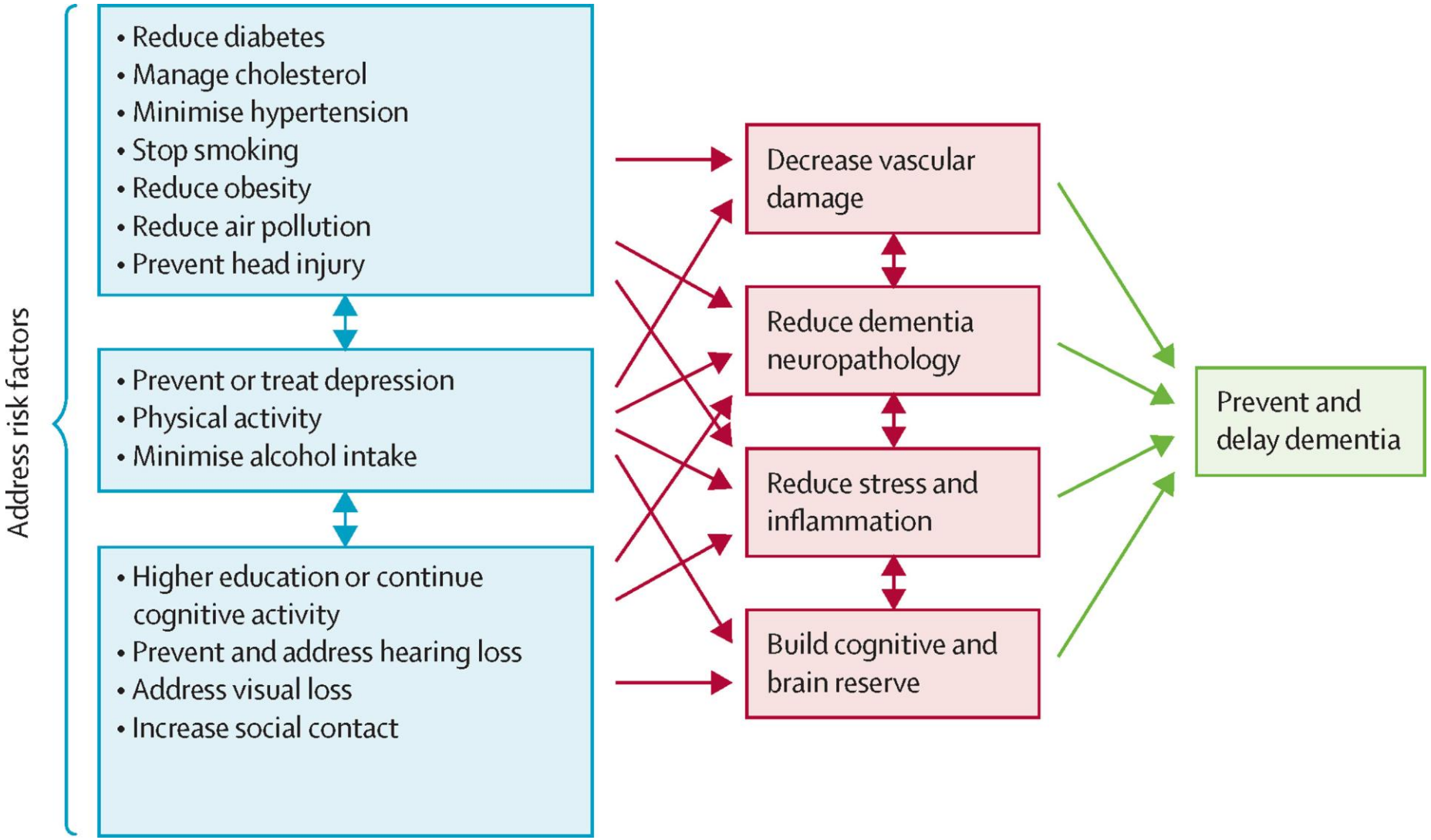
だからこそ口から食べることが重要

最後に…

- 認知症の予防は可能なの？

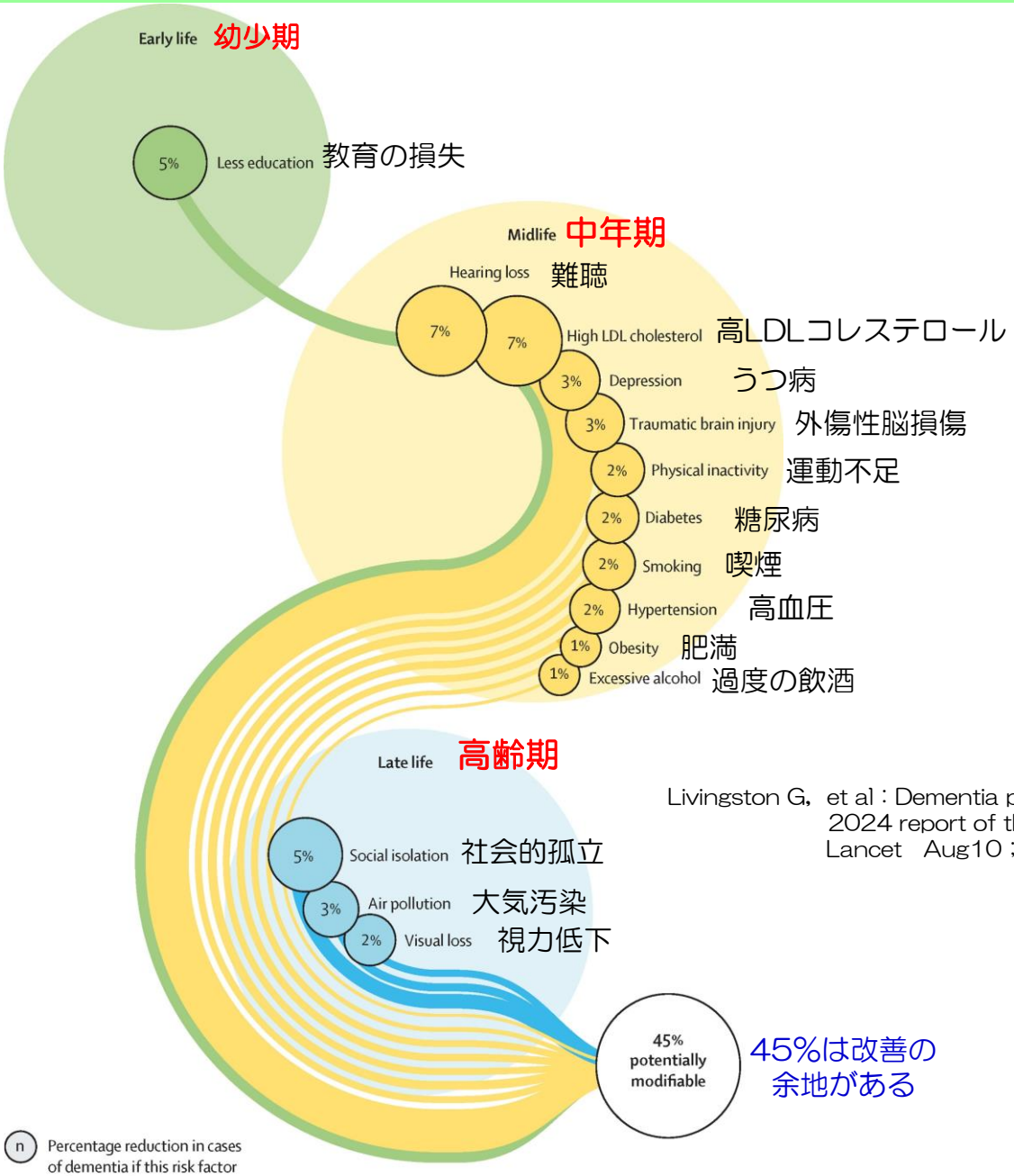


認知症発症リスクを高める要因は？リスク要因への対処



Livingston G, et al : Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lanset standing commission. Lancet Aug10 ; 404(10452) : 572-628 ; 2024

危険因子が排除された場合の認知症発症率の減少割合



Livingston G, et al : Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lanset standing commission. Lancet Aug10 ; 404(10452) : 572-628 ; 2024

認知症予防という視点の栄養管理

- 地中海食やDASH食をベースに開発された**MIND食**
- 積極的摂取：葉物野菜、ベリー類、ナッツ、魚、オリーブ油など
- 摂取控える：赤身肉、バター・マーガリン、チーズ、菓子類など
- ポリフェノール、n-3系脂肪酸、葉酸、ビタミンKなどが脳保護に関与すると考えられている。

MIND食が認知機能低下やアルツハイマー型認知症発症に関連するか？

- 対象者：923例　年齢58～98歳　追跡期間：平均4.5年
- MIND食アドヒアランスとAD発症率を評価した
- アドヒアランス高い群：AD発症リスクが約53%低下
- アドヒアランス中程度：AD発症リスクが約35%低下

脳に良い食品は少しでも多く摂取しよう

Morris MC，et al：MIND diet associated with reduced incidence of alzheimers disease．Alzheimers Dement 11(9)；1007-1014；2015

総括

- 認知症の病態を理解
- 栄養状態や食事摂取量を評価
- BPSDに応じた栄養管理
- 給食管理の負担軽減も意識
- 論文などを読み解く
- 生活習慣病予防は認知症発症率を軽減させる可能性がある



全国精神科栄養士協会



認知症・精神疾患などに興味のある方
入会をお待ちいたしております