

施設における認知症者の食行動の問題と関連要因

井上真一*** 中村光** 福永真哉***

要旨 【目的】在宅の認知症者の食行動の問題には認知症の原因疾患や重症度が関係するとされるが、施設入所者における研究はほとんどない。本研究の目的は、施設の認知症者における生物学的・心理学的・社会的などのような要因が、食行動の問題に関連するかを明らかにすることである。【方法】〈対象〉A介護老人保健施設に連続して1ヵ月以上入所し、認知症の診断があり、栄養を経口にて摂取する70人。〈材料と手続き〉①対象者の生物学的・心理学的・社会的な情報を収集。②Shinagawa et al. (2016)の「認知症患者さんの食行動調査票」を用いて、行動観察によって食べ過ぎ・嚥下問題・食欲低下・こだわりの有無を評価。〈分析方法〉説明変数を上記①、目的変数を②として、ロジスティック回帰分析を実施。【結果】対象は、女45人、男25人、年齢は平均86.6 ± 8.0歳であった。食行動問題の出現率は、食べ過ぎ=14.3%、嚥下問題=42.9%、食欲低下=27.1%、こだわり=27.1%であった。ロジスティック回帰分析結果における有意な説明変数は、食べ過ぎ=年齢(低年齢)；嚥下問題=性(男性)、FIM(低ADL)；食欲低下=性(女性)、NPI不安(高不安)、在宅からの生活月数(長期入所)；こだわり=Alb(高Alb)、残存歯数(少残存歯)、NPI多幸(高多幸)であった。【結論】有意な説明変数のうち、ADLとBPSDは介入可能な要因であり、臨床的には特に重要なものと考えた。

キーワード：施設 認知症 食行動問題 関連要因 ロジスティック解析

1. はじめに

先進各国では人口の高齢化とともに認知症は公衆衛生的な大問題である。Alzheimer's Disease International¹⁾は2015年、世界には4680万人の認知症者がいて、その数は2050年には1億3200万人に達するとの報告書を発表した。日本の厚生労働省・朝田研究班の報告²⁾では、2012年の日本の認知症者数は462万人で、このまま年代別の認知症有病率が変わらなければ、2040年には65歳以上人口の20.8%、744万人に達すると予測されている。

高齢者の重要な日常生活活動のひとつに食事がある。近年、高齢者においては低栄養に陥っているケースが多く、その低栄養状態が高齢者の状態を虚弱にしているといわれている。低栄養状態は、免疫能の低下を伴い、感染を引き起こしやすく、また主要疾患の治癒を遅らせ、合併症を容易に引き起こすことが知られている³⁾。特に認知症高齢者においては、食行動上のさまざまな問題が栄養不良を引き起

こしやすい。品川⁴⁾は、食事を食べない(拒食)、食べ過ぎる(過食)、食物以外のものを食べる(異食)、嗜好が変化する、食べ物で遊ぶ、むせる、飲み込まない、他人の食べ物を食べてしまう(盗食)など、人によってその問題が多彩であり、認知症が進行して重症になればほとんどの例において体重減少、嚥下、拒食、経口摂取困難などの問題が出現すると述べている。加えて、それらを解決しようとする対策(補食、食事時間の延長など)や見守り強化は、介護上の大きな負担にもなる。

Kai et al.⁵⁾は、地域在住のアルツハイマー型認知症者の81%は食行動の問題を示したと報告している。これは彼らのnormal elderly(認知機能正常範囲などを満たすもの)の27%という出現率と比較して有意に高率だったとしている。軽度の患者で最も出現頻度の高かった食行動問題は「食欲の変化」で50%に認められており、中等度の患者では「食習慣と食嗜好の変化」が最も頻度高く、重度段階に

* 神戸平成病院リハビリテーション科

** 岡山県立大学大学院保健福祉学研究科

*** 川崎医療福祉大学リハビリテーション学部言語聴覚療法学科

においてはこれらに加えて「嚥下障害」の頻度も高率であった。すなわち、アルツハイマー型認知症者は初期の段階でも食行動の問題を示すことが多く、問題となる食行動のパターンは病期の進行に伴い変化するものと考えられる。また Ikeda et al.⁶⁾ は、アルツハイマー型認知症、前頭型の前頭側頭型認知症、および意味性認知症の3タイプの地域在住認知症者の食行動の問題を比較・検討した。その結果、アルツハイマー型認知症に比較して、嚥下の問題以外のすべての問題の頻度は前頭型の前頭側頭型認知症で有意に高く、食嗜好と食習慣の変化のみが意味性認知症において有意に高かった。このことから、認知症の原因疾患・タイプによって、出現する食行動の問題は異なると述べている。

一方、施設入所中の認知症者の食行動の問題を調べた研究に、Shinagawa et al.⁷⁾ のものがある。彼らは、介護保険施設などに入所中の、認知症の診断を持つ208人を対象に調査を行った。ケアスタッフは彼らが観察したどんな種類の食行動関連問題をも報告するよう依頼された。そのデータに対して2つの分析が行われた。1つめは因子分析を用いてそれらの問題を分類すること、2つ目はロジスティック回帰分析によってそれぞれの因子に関連する要因を調べることである。因子分析からは4つの因子が得られた。因子1は食事の際に食べ過ぎる行動などで「食べ過ぎ」と命名された。因子2は食物を飲み込むのが困難などで「嚥下問題」、因子3は口に食事を入れないなどで「食欲低下」、そして因子4は同じ物ばかり食べるなどで「こだわり」と命名された。4因子と有意に関連した要因について、食べ過ぎには関連した要因がなかった。嚥下問題にはBody Mass Index (以下BMI) と、全般的認知機能の程度を表わすMini Mental State Examination⁸⁾ (以下MMSE) 得点、認知症重症度を表わすClinical Dementia Rating⁹⁾ (以下CDR) 得点に関連していた。食欲低下には認知症者の行動心理症状(BPSD)の程度を表わすNeuropsychiatric Inventory^{10) 11)} (以下NPI) 得点が、こだわりにはMMSEとNPIが関連していた。また、4つの因子とも、認知症の原因疾患とは関連していなかった。

Shinagawa et al.⁷⁾ の研究にはいくつかの限界が認められる。例えば、彼ら自身も述べている通り、BPSDに関しては一括して1つの要因として処理されており、どのBPSDが食行動の問題と関連したの

かは調べられていない。また、高齢者の栄養と健康に関する先行研究からは、同居者の有無や受けた学校教育の水準なども食行動の問題と関連し得ると考えられるが¹²⁾、調べられていない。さらに、基本的な日常生活動作(以下ADL)の能力も食行動問題と関連する可能性があると考えられる^{13) 14)}。

今回の研究は、これらの問題を踏まえた上で計画した。本研究の目的は、施設高齢者における生物学的・心理学的・社会学的などのような要因が食行動の問題に関連するか、可能性のある要因をより広く取り上げて調べることである。

II. 方法

1. 対象

筆頭著者が勤務していた介護老人保健施設(以下、老健)に連続して1ヵ月以上入所し、老年精神医学が専門の医師による認知症の診断があり、栄養を経口により摂取しており、研究協力について本人あるいは代諾者に書面による同意が得られた70人を対象とした。なお、認知症の原因疾患や脳血管病変の部位・大きさについては十分に確定できないものが多く、分析項目からは除外した。

2. 材料と手続き

それぞれの対象について、以下のデータを収集した。すべての調査項目を表1に示す。

表1 対象者の生物学的情報

性	女性=45人、男性=25人
年齢	86.6 ± 8.0 歳
身長	150.5 ± 10.1 cm
体重	46.2 ± 7.9 kg
BMI	20.4 ± 2.8
Alb	3.7 ± 0.4 g/dl
Hb	11.5 ± 1.6 g/dl
Glu	96.5 ± 25.6 mg/dl
FIM (総点)	53.0 ± 26.3 点
要介護度	1=15人、2=17人、3=19人、 4=11人、5=8人
認知症高齢者の	I=2人、II=14人、III=45人、
日常生活自立度	IV=9人、M=0人
残存歯数	6.0 ± 8.3 本
食事時義歯使用	有=39人、無=31人

数値は度数または平均 ± 標準偏差

BMI=Body Mass Index, Alb=血清アルブミン値,

Hb=ヘモグロビン値

Glu=血糖値, FIM=Functional Independence Measure

1) 生物学的情報：性、年齢、身長、体重、BMI、血清アルブミン値（以下 Alb）、ヘモグロビン値（以下 Hb）、血糖値（以下 Glu）、および ADL を評価する Functional Independence Measure¹⁵⁾（以下 FIM）得点、要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度、残存歯数、食事時使用している義歯の有無である。診療録より転載した。

2) 心理学的情報：認知症の重症度を評価する CDR 得点、認知機能の重症度を評価する改訂長谷川式簡易知能評価スケール¹⁶⁾（以下 HDS-R）得点、BPSD を評価する NPI 得点である（本研究は食行動との関連を調べる研究であるため、NPI の「食行動」の得点は採用しなかった）。CDR は筆頭著者が評価し、他は診療録より転載した。

3) 社会学的情報：自宅を離れてからの生活月数、本人の教育年数、キーパーソンの教育年数、同居家族の人数である。診療録より転載した。

4) 認知症患者さんの食行動調査票：Shinagawa et al.⁷⁾ によって開発された調査票を、原著者から提供を受けて使用した。行動観察によって食行動の問題 24 項目の有無を評価するものである。前述の通り、この 24 項目の食行動問題は、因子分析により「食べ過ぎ」「嚥下問題」「食欲低下」「こだわり」の 4 因子に分類されることがすでに示されている。担当の介護職に記入を求めた。なお、前述の診療録より転載した情報は、本調査票の回収時より直前 1 か月以内で最も新しいものを採用した。

3. 分析方法

食行動問題 24 項目のそれぞれについて、「有」と回答された対象の割合を算出した。次に、各対象について、「食べ過ぎ」「嚥下問題」「食欲低下」「こだわり」のそれぞれ 4 因子に該当する項目が一つでも「有」となっていた場合には、その因子について症状が出現したと判定し、4 因子別の症状出現率を算出した。

その後、前述 1) から 3) の各データと 4 因子別の症状出現率の関連を、スピアマンの順位相関を用いて分析した。そして、相関が有意であった変数を説明変数、4 因子別症状出現率を目的変数として、ロジスティック回帰分析（ステップワイズ法）を用いて解析した。すべての場合で有意水準は 5% とした。統計ソフトは SPSS version 25（日本 IBM）を使用した。

4. 倫理的配慮

本研究は南淡路病院・ケアホーム南淡路研究倫理委員会の承認を得て実施した。研究協力については、本人あるいは代諾者としての家族に文書と口頭で説明し同意を得た。

Ⅲ. 結果

収集したデータを表 1～表 4、分析結果を表 5・6 に示す。

1) 生物学的情報（表 1）：性は女性が 45 人、男性が 25 人、年齢は平均 86.6 ± 8.0 歳、Alb の平均は 3.7 ± 0.4 g/dl、FIM（総点）は平均 53.0 ± 26.3 点、要介護度は 1 が 15 人、2 が 17 人、3 が 19 人、4 が 11 人、5 が 8 人、認知症高齢者の日常生活自立度は I が 2 人、II が 14 人、III が 45 人、IV が 9 人、残存歯数は平均 6.0 ± 8.3 本などであった。

2) 心理学的情報（表 2）：CDR は 0.5 が 4 人、1 が 13 人、2 が 21 人、3 が 32 人、HDS-R は平均 9.3 ± 6.1 点、NPI（症状出現率）は妄想が 8.6%、幻覚が 8.6%、興奮が 35.7%、うつが 18.6%、不安が 10.0%、多幸が 12.9%、無関心が 38.6% などであった。

3) 社会学的情報（表 3）：在宅からの生活月数は平均 36.4 ± 37.5 月、本人の教育年数は平均 9.2 ± 2.0 年、キーパーソンの教育年数は平均 12.1 ± 2.3 年、同居家族の人数は平均 1.6 ± 1.4 人であった。

4) 食行動問題の症状出現率（個別 24 項目および 4 因子別：表 4）：項目別症状出現率について、最も高率であったものは「マナーの悪化・手で食べる」の 38.6% であり、最も低率だったのは「同じ順

表 2 対象者の心理学的情報

CDR	0=0 人、0.5=4 人、1=13 人、 2=21 人、3=32 人
HDS-R	9.3 ± 6.1 点（中央値 10.0 点）
NPI	妄想=8.6%、幻覚=8.6%、 興奮=35.7%、うつ=18.6%、 不安=10.0%、多幸=12.9%、 無関心=38.6%、脱抑制=20.0%、 易刺激性=10.0%、異常行動=34.3%、 夜間行動=28.6%

数値は度数または平均±標準偏差、症状有の割合
CDR=Clinical Dementia Rating,
HDS-R=改訂長谷川式簡易知能評価スケール,
NPI=Neuropsychiatric Inventory

序で食べる」「常に食べ物を探す」「味を濃くする」「食物を溜め込む」の0.0%であった。4因子別の症状出現率は、食べ過ぎが14.3%、嚥下問題が42.9%、食欲低下が27.1%、こだわりが27.1%であった。

表3 対象者の社会学的情報

在宅からの生活月数	36.4 ± 37.5 月
本人の教育年数	9.2 ± 2.0 年
キーパーソンの教育年数	12.1 ± 2.3 年
同居家族の人数	1.6 ± 1.4 人

数値は平均 ± 標準偏差

表4 食行動問題の症状出現率 (個別24項目および4因子別)

4因子	食行動	症状有の割合
食べ過ぎ	水分を多く摂る	8.6%
	同じ順序で食べる	0.0%
	食事の際に食べ過ぎ	1.4%
	空腹の訴えが続く	1.4%
	吸い付き、噛み付き	1.4%
	「食べ過ぎ」の症状出現率	14.3%
嚥下問題	食物を飲み込むのが困難	7.1%
	水分を飲み込むのが困難	15.7%
	咳やむせ込みがある	28.6%
	噛まずに飲み込む	12.9%
	「嚥下問題」の症状出現率	42.9%
食欲低下	食欲の低下	25.7%
	口に食事を入れない	4.3%
	口の中の物を吐き出す	10.0%
	食欲の変動が大きい	4.3%
	「食欲低下」の症状出現率	27.1%
こだわり	甘い食物や飲料を好む	22.9%
	同じ物ばかり食べる	7.1%
	常に食べ物を探す	0.0%
	「こだわり」の症状出現率	27.1%
その他	味を濃くする	0.0%
	食物を溜め込む	0.0%
	マナーの悪化・手で食べる	38.6%
	食べるのに長時間かかる	20.0%
	飲み込まずにずっと噛む	1.4%
	口に詰め込みすぎる	4.3%
	食べ物以外を食べる	1.4%
	食べたことを忘れて要求	5.7%

5) 食行動問題の症状出現率(4因子別)に関連する要因の分析結果(表5・表6): スピアマン順位相関係数で4因子別食行動問題と有意な関連を示した変数は、食べ過ぎでは年齢、身長、Alb、NPI(総点)であり、嚥下問題では性、FIM(総点)、要介護度、CDR、NPI(無関心)であった。食欲低下では、性、年齢、身長、NPI(不安)、在宅からの生活月数、本人教育年数であり、こだわりではAlb、FIM(総点)、残存歯数、NPI(うつ)、NPI(多幸)、NPI(脱抑制)であった。

前述で有意となった変数を投入しロジスティック回帰分析を実施した。取り上げられた説明変数は、食べ過ぎでは年齢、嚥下問題では性とFIM(総点)、食欲低下では性、NPI(不安)と在宅からの生活月数、こだわりではAlb、残存歯数、NPI(多幸)であった。すなわち、年齢が低いほど食べ過ぎがみられ、男性であることおよびFIMが低いほど嚥下問題がみられ、女性であることおよび不安が高いほど

表5 食行動問題の症状出現率(4因子別)に関連する要因: スピアマン順位相関分析結果

4因子	スピアマン順位相関で有意を示した変数
食べ過ぎ	年齢、身長、Alb、NPI(総点)
嚥下問題	性、FIM(総点)、要介護度、CDR、NPI(無関心)
食欲低下	性、年齢、身長、NPI(不安)、在宅月数、本人教育年数
こだわり	Alb、FIM(総点)、残存歯数、NPI(うつ)、NPI(多幸)、NPI(脱抑制)

FIM=Functional Independence Measure, NPI=Neuropsychiatric Inventory, Alb = 血清アルブミン値

表6 食行動問題の症状出現率(4因子別)に関連する要因: ロジスティック回帰分析結果

4因子	ロジスティック回帰分析で有意を示した変数	オッズ比	95%信頼区間
食べ過ぎ	年齢	0.89	0.82 - 0.96
	男性	6.06	1.73 - 21.23
嚥下問題	FIM(総点)	0.96	0.93 - 0.98
	女性	0.08	0.01 - 0.68
食欲低下	NPI(不安)	2.72	1.25 - 5.90
	在宅からの生活月数	1.03	1.01 - 1.04
こだわり	Alb	48.5	3.79 - 622.32
	残存歯数	0.89	0.80 - 0.99
	NPI(多幸)	2.30	1.18 - 4.48

FIM=Functional Independence Measure, NPI=Neuropsychiatric Inventory, Alb = 血清アルブミン値

食欲低下がみられ、Albが高く、残存歯が少なく、多幸であるほどこだわりがみられるという結果であった。

IV. 考察

厚生労働省¹⁶⁾の平成29年介護サービス施設・事業所調査の概況では、老健の定員として最も多いのは100～109人で31.6%を占め、在所要者数の要介護度別の構成割合は要介護度1から5の順に12%、19%、24%、27%、18%であることが示されている。本研究の対象施設の定員は100人で、本研究対象者の要介護度別の構成割合はそれぞれ21%、24%、27%、16%、11%であった。また、本研究の対象施設の食事環境は、食堂において集団で食事を摂る一般的な形式であった。同じ質問票を用いて施設認知症者の食行動の問題を調査したShinagawa et al.⁷⁾の研究（以下、先行研究）において対象とした施設は、2つの精神科病院、1つのリハビリテーション病院そして2つのnursing homeであり、本研究とは異なる。しかし、食行動問題の症状別出現率については、「食物を飲み込むのが困難」「食欲の低下」「甘い食物や飲料を好む」「マナーの悪化・手で食べる」の4項目においては出現率が10%以上異なったが、他の20項目での違いはそれ未満であった。したがって、本研究の対象者は、日本の施設入所認知症者の特別な集団ではなく、先行研究の対象者と比較することには、一定の妥当性が認められると考える。

4因子別の食行動問題に関して、食べ過ぎの出現に関連するものとして、先行研究でとりあげられた変数はなかったが、今回の研究では年齢（低年齢）がとりあげられた。また、嚥下問題の出現には性（男性）が、食欲低下には性（女性）が関連していた。先行研究では性や年齢の要因は扱っていないので、今回の研究により、これらが関与する可能性を明らかにできたと考える。嚥下問題が男性で起きやすいことについては、男性の方が加齢による喉頭位置低下などの解剖学的変化が顕著である¹⁸⁾ことが、認知症や口腔機能の低下によって嚥下問題として顕在化するようになったものと考えられる。

本研究では、嚥下問題の出現にはさらにFIM（低ADL）が関連していた。先行研究ではADLについても調査されておらず、今回の研究により、嚥下問題に全般的なADLが関与する可能性を明らかにで

きたと考える。FIMは126点満点であるが、今回の対象者の平均得点は53点と顕著な成績不良を示した。多くの研究が脳卒中後の嚥下障害や誤嚥性肺炎にADLが関連することを示しているが^{13) 14)}、認知症の高齢者においても注意する必要があると考える。

食欲低下の出現には、NPIの不安（高不安）と在宅からの生活月数（長期入所）も関連していた。自宅を離れてからの期間が長いということは、認知症を発症してからの経過の長さとも関係するかもしれないが、本研究では要介護度や認知症高齢者の日常生活自立度、CDRではなく、在宅からの経過月数が増えられた。これが食欲低下に関連するメカニズムは不明であるが、今後さらに調べるべき事項と考える。

こだわりの出現には、NPIの多幸（高多幸）、Alb（高Alb）、残存歯数（少残存歯）が関連していた。後2者がどのようなメカニズムでこだわりの食行動と関連するのか、明快には論じることができないが、Albは栄養状態を表す指標³⁾、残存歯数は口腔機能の一部である咬合力や咀嚼力と関連する指標¹⁹⁾²⁰⁾である。したがって、こだわりがあるから栄養状態がよくなった、咬合力や咀嚼力がないから（柔らかい）食物へのこだわりが増したという逆の因果関係の可能性があり得るものと考えられる。

Shinagawa et al.⁷⁾の先行研究では、NPIを総点として扱い要因分析に用いたが、今回はNPIの個別の項目を分析に投入した。その結果、上述のように食欲低下とNPI（不安）、こだわりとNPI（多幸）の関連が見いだされ、BPSDの中でも特に食行動問題と関連する因子を明らかにできたと考える。不安が強いと食欲低下を起こすのは、理解しやすいことであると考えられる。一方で多幸については、前頭側頭葉変性症による認知症（前頭側頭型認知症、意味性認知症）では、物事全般にこだわりが強く同時に多幸を示しやすいという特徴がある^{6) 21)}。したがって、多幸が強いとこだわりが起きるという因果関係ではなく、原因疾患が多幸とこだわりの間の交絡要因となっているのではないかと推測する。

今回の研究において食行動問題に関連する要因として明らかにできたもののうち、ADLと不安などのBPSDは介入可能な要因であり、臨床的には特に重要であると考えられる。ただし、本研究は横断研究であるため、ADLやBPSDが食行動の問題に対して原因として働いたのか結果なのかは、本質的には不

明である。しかし、もし原因であるならば、施設認知症者のうち嚥下問題のある者に対してはADL訓練を多く行う、食欲低下やこだわりのある者に対しては適切な薬物療法や心理的ケアを行うことによって、それらの食行動問題を低減できる可能性があるだろう。このことにより、施設認知症者の全身状態やQOLの維持・向上に寄与する可能性があると考えられる。

本研究で見いだされたそれぞれの要因と食行動問題の関係については、追加の縦断研究によってさらに明らかにする必要があると考える。加えて考慮すべきこととして、認知症の原因疾患や脳血管障害の影響といった食行動に関与する可能性のある因子を分析に加えることができなかった点は、この研究の成果についての限界である。最後に、単一の介護老人保健施設の入所者を対象としたこと、対象人数が多いとは言えないことなどから、この研究の結果を一般化するには同様の研究がさらに多くの対象者で検証される必要があると考える。

COI 開示：本研究は日本学術振興会科学研究費（課題番号 22K10402）の助成を受けて行われた。

文献

- 1) Alzheimer's Disease International: World Alzheimer report 2015: the global impact of dementia. Retrieved from <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2015/> (2022年8月20日)
- 2) 朝田隆, 泰羅雅登, 石合純夫, ほか (2013). 厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「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」平成23年～平成24年度総合研究報告書 (研究代表者: 朝田隆).
- 3) 葛谷雅文 (2003). 高齢者の栄養評価と低栄養の対策. 日老医誌, 40: 199-203.
- 4) 品川俊一郎 (2017). 認知症の食行動異常. 神経心理, 33: 161-166.
- 5) Kai, K., Hashimoto, M., Amano, K., et al. (2015). Relationship between eating disturbance and dementia severity in patients with Alzheimer's disease. PLOS ONE, 10: e0133666.
- 6) Ikeda, M., Brown, J., Holland, A.J., et al. (2002). Changes in appetite, food preference, and eating habits in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, 73: 371-376.
- 7) Shinagawa, S., Honda, K., Kashibayashi, T., et al. (2016). Classifying eating-related problems among institutionalized people with dementia. Psychiatr. Clin. Neurosci., 70: 175-181.
- 8) Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975). "Mini-mental state" a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J. Psychiatr. Res., 12: 189-198.
- 9) Hughes, C.P., Berg, L., Danziger, W., et al. (1982). A new clinical scale for the staging of dementia. Br. J. Psychiatry., 140: 566-572.
- 10) Cummings, J.L., Mega, M., Gray, K., et al. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology, 44: 2308-2314.
- 11) 博野信次, 森悦朗, 池尻義隆, ほか (1997). 日本語版 Neuropsychiatric Inventory—痴呆の精神症状評価法の有用性の検討. 脳神経, 49: 266-271.
- 12) 山之井麻衣, 田高悦子, 田口理恵 (2013). 地域在住自立高齢者の栄養状態の実態と関連要因の検討. 日地域看護会誌, 16: 15-22.
- 13) 横井輝夫, 加藤美樹, 林美紀, ほか (2005). 要介護高齢者の基本動作能力と摂食・嚥下障害との関連. 理療科, 20: 165-170.
- 14) 桑澤実希, 米山武義, 佐藤裕二, ほか (2011). 施設における誤嚥性肺炎・気道感染症発症の関連要因の検討. Dental Med. Res., 31: 7-15.
- 15) Granger C.V., Hamilton, B.B., Keith, R.A., et al. (1986). Advances in functional assessment for medical rehabilitation. Top Geriatr. Rehabil., 1: 59-74.
- 16) 加藤伸司 (1991). 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の作成. 老年精医, 2: 1339-1347.
- 17) 厚生労働省: 平成29年介護サービス施設・事業所調査の概況 (概況版). Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service17/dl/gaikyo> (2022年8月20日).
- 18) 三瀬和代, 白馬伸洋, 兵頭政光 (2017). 抗加齢ドッグからみた嚥下障害のリスク因子. 嚥下医

学、6 (1) : 22-28.

- 19) Wakai, K., Naito, M., Naito, T., et al. (2010).
Tooth loss and intakes of nutrients and foods :
a nationwide survey of Japanese dentists.
Community Dent. Oral Epidemiol, 38 : 43-49.
- 20) 水口俊介, 津賀一弘, 池邊一典, ほか
(2016). 高齢期における口腔機能低下—学会見解
論文2016年度版—. 老年歯医、31 : 81-99.
- 21) 博野信次 (2007). 臨床認知症学入門, 改訂2
版. 金芳堂、pp.87-99.

Eating-related problems and related factors in institutionalized people with dementia

SHINICHI INOUE* **, HIKARU NAKAMURA**, SHINYA FUKUNAGA ***

**Department of Rehabilitation, Kobe Heisei Hospital*

***Graduate School of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University*

****Department of Speech-Language pathology and Audiology, Kawasaki University of Medical Welfare*

Abstract : Aim: People with dementia (PWD) often presents various eating-related problems that hinder a stable life. However, in institutionalized PWD, it is unclear which factors are related to the problems. The aim of this study was to clarify which factors are related to eating-related problems in institutionalized PWD. Methods: The subjects were 70 PWA who were resident in our care health center. People who did not take nourishment orally was excluded. Their biological, psychological, sociological information was collected. Their eating-related problems were assessed using the Dietary Behavior Questionnaire of Patients with Dementia (Shinagawa, et al. 2016). It evaluates the frequency of 24 eating-related problems of subjects, and the problems are classified into four domains: overeating, swallowing problems, decrease of appetite, and obsessing with foods. Results: The subjects were 45 females and 25 males. Their mean age were 86.6 years. The occurrence ratio of the domains of eating-related problems was as follows: overeating = 14.3%, swallowing problems = 42.9%, decrease of appetite = 27.1%, and obsession with foods = 27.1%. A logistic regression analysis revealed that the following factors were related to each domain: overeating = age (young); swallowing problems = sex (male) and FIM (low level of activities of daily living); decrease of appetite = sex (female), NPI (anxiety), and the duration after leaving home (long); obsessing with food = Alb (high), the number of remaining teeth (small), and NPI (euphoria). Conclusions: We revealed some factors that had relationships with eating-related problems in institutionalized PWD. Levels of activities of daily living and BPSD might be particularly important factors, because they were variable in intervention.

Keywords : institution, dementia, eating-related problems, related factors, logistic regression analysis