

高齢者マルチモビディティ パーフェクトガイド
The Perfect Guide to Geriatric Multimorbidity

各論

高齢者の認知症における マルチモビディティ を考える



総編集 | 宮地良樹, 伊藤 裕, 荒井秀典
責任編集 | 櫻井 孝 国立長寿医療研究センター研究所長

中山書店

本書のねらい―序に代えて

―「認知症のマルチモビディティ」という視点―

超高齢社会を迎えたわが国では、認知症はもはや特別な疾患ではなく、多くの高齢者医療・介護の現場で日常的に向き合うべき課題となっている。高齢化の進展に伴い、認知症患者数は今後も増加すると予測されており、軽度認知障害（mild cognitive impairment：MCI）を含めれば、その対象はさらに広がる。認知症は単に記憶障害や判断力低下をきたす疾患ではなく、身体疾患、老年症候群、心理社会的問題、生活機能障害など、多様な問題が複雑に重なり合う状態として理解する必要がある。

近年、高齢者医療において「マルチモビディティ（multimorbidity）」という概念が重視されている。一般には、複数の慢性疾患を併せもつ状態を指すが、認知症においては、その意味はさらに広い。高血圧、糖尿病、脂質異常症、心血管疾患、慢性腎臓病といった生活習慣病だけでなく、うつ、不眠、転倒、フレイル、サルコペニア、感覚障害、ポリファーマシー、社会的孤立など、老年医学的課題が相互に関連しながら認知機能や生活機能に影響を及ぼす。つまり認知症とは、「脳の病気」だけではなく、全身性かつ社会的な問題として理解すべき時代に入ったのである。

認知症医療の現場では、単一疾患モデルでは説明できない症例に日常的に遭遇する。たとえば、糖尿病を有する高齢者では低血糖が認知機能低下を引き起こしうる一方、認知症が進行すると服薬管理や食事管理が困難となり、血糖コントロールがさらに悪化する。高血圧治療では、脳血管障害予防のための降圧が重要である一方、過度な降圧が高齢者の認知機能や身体機能に悪影響を及ぼす可能性もある。また、睡眠障害、難聴、うつ、フレイルなどは認知症の危険因子であると同時に、認知症の症状としても出現しうる。このように認知症と併存疾患との関係は、一方向ではなく、相互作用的かつ循環的である。

さらに重要なのは、認知症におけるマルチモビディティが、単に疾患数の増加を意味するわけではない点である。高齢者では、身体機能、認知機能、社会機能が互いに影響し合いながら低下する。たとえば、難聴によるコミュニケーション低下は社会的孤立を招き、身体活動低下やうつを介して認知症リスクを高める可能性がある。転倒や骨折は活動性を低下させ、フレイルや認知機能低下を進行させる。ポリファーマシーはせん妄や転倒リスクを高め、生活機能障害を悪化させる。したがって、認知症を理解するためには、「脳」だけではなく、「身体」「生活」「社会」を含めた包括的視点が不可欠である。

近年の研究の進歩により、認知症の病態理解も大きく変化している。アルツハイマー病

では、認知症発症の数十年前からアミロイド β やタウ病理が進行していることが明らかとなり、「前臨床期」や「MCI due to Alzheimer's disease」といった概念が定着した。また、血液バイオマーカーや画像診断技術の進歩により、より早期から病態変化を把握できる可能性が広がっている。一方で、実際の高齢者ではアルツハイマー病理だけでなく、脳血管障害、レビー小体病理、加齢性変化、全身疾患などが複雑に重なっていることも少なくない。認知症のマルチモビディティを理解することは、こうした“複合病理”を理解することにもつながる。

認知症予防研究の領域でも、「マルチモビディティ」の視点は重要になっている。Lancet 国際委員会では、高血圧、糖尿病、肥満、難聴、うつ、身体不活動、社会的孤立など、複数の改善可能な危険因子が提示されている。これらは単独で存在することは少なく、多くの場合、複数のリスクが重なり合っている。このため近年では、運動、栄養、認知トレーニング、社会参加、血管危険因子管理を組み合わせた「多因子介入」が世界的に注目されている。認知症予防とは、単に認知機能だけを対象とするのではなく、高齢者の健康全体を支える取り組みとして再構築されつつある。

本書『高齢者の認知症におけるマルチモビディティを考える』は、こうした背景をふまえ、認知症を「複数の疾患・病態・生活機能障害が重なり合う状態」として包括的に理解することを目的として企画された。各章では、認知症と関連する代表的疾患や老年症候群を取り上げ、疫学、病態、診断、治療、ケア、予防の視点から整理している。また、薬物療法やポリファーマシー、在宅医療、地域包括ケア、多職種連携など、現場で直面する実践的課題についても扱っている。

本書の特徴は、「認知症を中心に据えながらも、認知症だけを論じない」点にある。高齢者を全人的に理解し、認知機能だけでなく、身体機能、生活機能、社会背景を含めて診るという老年医学の視点を重視した。執筆を担当いただいた先生方には、それぞれの専門領域から、認知症とマルチモビディティとの接点について最新の知見を整理いただいた。

読者の中には、日々、認知症の人の診療やケア、介護に携わっている方も多いと思われる。認知症の人を支える現場では、認知機能障害だけでなく、身体疾患、フレイル、転倒、睡眠障害、栄養障害、ポリファーマシー、社会的孤立など、多様な課題が複雑に重なり合っている。さらに、個々の患者ごとに背景や生活環境が異なるため、日々新たな課題に直面しながら、それぞれの現場で工夫を重ねておられることと思う。

本書では、最新の知見をふまえつつ、実際の臨床やケアの現場で役立つ考え方や対応についても解説いただいている。読者の皆様が日常診療やケアの中で感じている、「なぜこのような症状が起こるのか」「どのように対応すべきか」「どこに注意すべきか」といった疑問に対して、本書が少しでも答えを示し、新たな視点を提供できることを願っている。ぜひ、日々の診療、ケア、介護の実践の中で本書を役立てていただきたい。

認知症の人を支えるということは、「病氣」を診るだけではなく、「生活」を支え、「人生」を支えることである。マルチモビディティという視点は、そのための重要な基盤になる。本書が、超高齢社会における認知症医療・ケアの新たな方向性を考える契機となることを願っている。

2026 年 7 月

櫻井 孝

国立長寿医療研究センター研究所

CONTENTS

本書のねらい―序に代えて―「認知症のマルチモビディティ」という視点― 櫻井 孝 iii

I 高齢者認知症×マルチモビディティ

1	認知症の診断	武田章敬	2
	コラム スクリーニング検査	4	
2	可逆性の認知機能低下	池田篤平, 小野賢二郎	11
3	認知症の行動・心理症状	小田原俊成	19
	コラム 認知症の睡眠障害と概日リズム	22	
4	軽度認知障害・認知症の臨床経過と療養上の課題	梅垣宏行	27
5	認知症の生命予後と機能的予後：疫学的知見より	二宮利治	34
6	多剤内服がある場合	溝神文博	40
7	認知症のリハビリテーション	大沢愛子, 前島伸一郎	51

II 高齢者認知症のコモビディティとしての疾患を考える

1	糖尿病がある場合の診療の要点	杉本 研	60
	症例 認知機能障害を伴うマルチモビディティ糖尿病患者の管理	66	
2	高血圧がある場合の診療の要点	山本浩一	71
	診療の1コマQ&A 「血圧の薬を飲み忘れることが多くて心配」なときの工夫は？	77	
	症例 ふらつき、転倒が増えた認知症のある高血圧高齢者の管理	78	
3	脂質代謝異常がある場合の診療の要点	芳野 弘	82

4	肥満がある場合の診療の要点	浅原哲子, 加藤久詞, 石川実里	87
	診療の1コマQ&A	なかなか減量がうまくいきません	92
	症例	肥満を伴う認知症者の管理	93
5	低栄養がある場合の診療の要点	前田圭介	97
	診療の1コマQ&A	母が認知症で、最近あまり食べなくなってきました	103
	症例	認知症を伴う低栄養高齢者の管理	104
6	喫煙・アルコール過剰摂取の診療の要点	西田裕紀子	106
	診療の1コマQ&A	タバコを今さらやめても意味はあるのでしょうか?	109
	症例	アルコール過剰摂取を伴う認知症が疑われる高齢者の管理	110
7	脳小血管病がある場合の診療の要点	佐治直樹	114
	診療の1コマQ&A	脳 MRI 検査で認知症があるかどうかわかりますか?	118
	症例	アルツハイマー病による軽度認知障害を伴う高齢者の管理	119
8	CKD・腎不全がある場合の診療の要点	三輪佳織	124
	コラム	一般医にも可能な CKD への介入	129
9	心不全がある場合の診療の要点	清水敦哉	132
	症例	認知症を伴う高齢心不全患者の管理 (ポリファーマシー症例への対応)	137
10	バランス・歩行障害 (転倒) がある場合の診療の要点	吉田健太郎, 鈴木正彦	141
	診療の1コマQ&A	最近転倒が増えている患者、とりあえずリハビリテーション処方をする?	146
	症例	転倒を繰り返す高齢者の管理	148
11	ロコモ (骨関節疾患) がある場合の診療の要点	酒井義人	152
	症例	脊柱変形を伴う高齢者のサルコペニア評価	156
	診療の1コマQ&A	最近背が縮んでいるような気がします	158
12	睡眠障害がある場合の診療の要点	木村成志	161
	診療の1コマQ&A	睡眠薬を飲むと認知症になりますか?	167
	症例	睡眠障害を伴うアルツハイマー型認知症患者の管理	169
13	聴覚障害がある場合の診療の要点	内田育恵, 下野真理子	171
	症例	もの忘れ外来から紹介された高齢女性の診療	177
14	嗅覚・味覚障害がある場合の診療の要点	下野真理子, 内田育恵	179
	症例	高齢者の慢性的な嗅覚障害の管理	183
15	口腔疾患がある場合の診療の要点	渡邊 裕	185

16	摂食嚥下障害がある場合の診療の要点	加賀谷 齊	193
	診療の1コマQ&A 認知症のため、間接訓練ができません。どうしたらよいでしょうか		198
	症例 アルツハイマー型認知症の摂食嚥下障害への対応		199
17	下部尿路症状がある場合の診療の要点	野宮正範	201
	コラム 認知症高齢者における LUTS 診療の難しさ		202
	診療の1コマQ&A 最近、82歳の母が夜何度もトイレに行き、時々失禁しています		206
	症例 前立腺肥大症を伴う認知症高齢者の管理		207
18	便秘・下痢がある場合の診療の要点	松浦俊博	209
	診療の1コマQ&A 腹部膨満感があり、食欲がありません。胃カメラなどの検査では異常なし		211
	コラム 便移植の適応	212	症例 認知症の便秘症患者的治療 213
19	隔離を必要とする感染症がある場合の診療の要点	長永真明	218
	症例 隔離が必要な感染症に罹患した認知症高齢者の管理		222
20	がんがある場合の診療の要点	柳川 まどか	225
	症例 軽度認知機能低下を伴う高齢乳がん患者の管理		233
21	褥瘡がある場合の診療の要点	磯貝善蔵	237
	診療の1コマQ&A 大きな褥瘡で入院しているAさん、食事がとれません		241
	症例 薬剤関連褥瘡を起こした、認知症とうつ病で通院していた高齢者への対応		242
22	てんかんがある場合の診療の要点	横井克典	244
	診療の1コマQ&A 時々変なことを言うし、話したことや出かけたことも覚えていない		250
	症例 てんかんを合併するアルツハイマー病患者の管理		251
23	パーキンソン症状がある場合の診療の要点	杉江和馬	255
	診療の1コマQ&A 消化器薬の長期内服でパーキンソン症状が出現し、中止したが症状が残存		260
	症例 パーキンソン症状と認知症を伴うレビー小体型認知症高齢者の管理		261
24	頭部外傷がある場合の診療の要点	百田洋之	263
	診療の1コマQ&A 認知症の人の意識レベルの見方がよくわかりません…		266
	症例 認知症高齢者における重症頭部外傷の対応		268
25	うつ、アパシーがある場合の診療の要点	安野史彦	271
	コラム それはアパシー？それとも、うつ？		276
	症例 睡眠薬を増やす前に考えるべき抑うつ症状・アパシーの鑑別		277

索引	280
----	-----

3

認知症の行動・心理症状

横浜市立大学 小田原俊成

POINT

- 認知症の行動・心理症状（BPSD）の発現には、生物学的な要因だけでなく、身体状態、心理状態、生活環境やケアなど、複数の要因が関与する。
- BPSD は、認知症の人の生活の質や機能を低下させるだけでなく、介護負担の増加や施設入所の早期化、医療費や社会的コストの増加をもたらす要因となるため、適切な対応が求められる。
- BPSD の対応は、非薬物療法が優先される。原因となりうる身体的要因、環境、ケアの評価を行い、随時適切な対応を実施する。
- 非薬物療法が無効な場合、薬物療法を考慮する。薬物使用に際し、薬物使用の利益・不利益を患者・家族やケアチームと共有し、使用の可否を決定する。投与開始後は、副作用のモニタリングと効果判定を繰り返しつつ、薬物治療の利益・不利益を常に評価していく姿勢が望まれる。

はじめに

認知症の人の70～90%に、病期のいずれかに
おいて高頻度に行動・心理症状（behavioral and
psychological symptoms of dementia：BPSD）
が出現することが報告されている。BPSD の発現
には、生物学的な要因だけでなく、身体状態、心
理状態、生活環境やケアなど、複数の要因が関与
している。BPSD は、認知症の人の生活の質や機
能を低下させるだけでなく、介護者の介護負担の
増加や、施設入所の早期化、医療費や社会的コス
トの増加をもたらす要因となることから、適切な
対応が求められる¹⁾。本項では、BPSD の分類と
症状、発生機序、評価法、治療・ケアの方略につ

いて解説する。

1 BPSD の分類と症状

国際老年精神医学会によると、BPSD は「認知
症患者にしばしば生じる、知覚、思考内容、気分
および行動の障害」と定義される²⁾。症状は大き
く2つに分類され、一つは本人や関係者から聴取
される「心理症状」で、妄想、誤認、幻覚、う
つ、アパシー、不眠、不安などが含まれる。もう
一つは本人の行動観察により把握される「行動症
状」で、徘徊、焦燥、攻撃性、介護抵抗、性的逸
脱、叫声、不穏、収集癖、暴言、つきまといなど

1 認知症のタイプ別 出現しやすいBPSD

認知症のタイプ	出現しやすいBPSD
アルツハイマー型認知症	不安, 焦燥, アパシー, うつ, 妄想, 易刺激性, 暴言, 徘徊など
血管性認知症	アパシー, うつ, 感情失禁, 夜間せん妄など
レビー小体型認知症	幻視, REM睡眠行動異常, うつ, 妄想, 誤認など
前頭側頭型認知症	アパシー, 脱抑制, 常同行動, 共感の欠如, 食行動異常など

(小田原俊成, 介護福祉 2012⁴⁾より作成)

があげられる。実際は、焦燥が強い状態では、落ち着きのなさに加えて気分の変動や被刺激性が亢進しているため、心理症状と行動症状が混在することが少なくない。BPSDは可逆的あるいは持続性に出現し、認知症の進行とともに変化しうるが、認知症の種類や病期により出現する症状には特徴がみられる³⁾ (1)⁴⁾。

2 BPSDの発生機序

BPSDの発生には多因的な要因が関与しており、以下に主たる4つの要因を示す。

a. 病理学的変化(構造的変化)⁵⁾

アルツハイマー病(AD)では、側頭葉や連合野の障害により記憶・情報の統合や処理の障害が起きることで、妄想に発展しやすいとする報告がある。レビー小体型認知症では、視覚野の障害と幻視の関連が指摘されている。前頭側頭型認知症では、前頭葉の障害による発動性の低下や脱抑制的行動、さらには側頭葉や大脳基底核の障害が加わることで常同行動が生じるとされる。血管性認知症では、局所的な神経回路の障害が情動不安定や意欲低下に関与することが報告されている。

b. 神経伝達物質の異常⁶⁾

アセチルコリン(Ach)、ドパミン(DA)、セロトニン(5-HT)、ノルアドレナリンなど脳内

の神経伝達物質のバランスが崩れることがBPSDの発現に関与すると推察されている。Achは睡眠覚醒障害、DAは幻覚妄想や衝動性、5-HTは不安やうつとの関連が示唆されるが、個別の症状の発現メカニズムとの関連は解明されていない。後述するBPSDの薬物療法は、神経伝達物質の異常を是正する理論に基づいて選択が行われている。

c. 環境・心理・社会的要因

環境の変化、心理状態、介護者との不適切な人間関係やコミュニケーション不足などケアの問題が誘発・増悪因子となることが報告されている。

d. 身体的要因

視覚・聴覚など感覚器の障害、感染症、便秘、疼痛、睡眠障害、薬物副作用などがBPSDの誘発・増悪因子であることが報告されている。

BPSDは、脳の構造的変化と機能的変化、さらに個人の心理的背景や環境因子が複雑に絡み合っで出現する症候群であるため(2)⁷⁾、対応には医学的治療に加え、環境整備や心理的支援が不可欠である。

3 評価法

BPSDの適切なマネジメントを行うために、評価尺度を用いることが推奨されている。代表的尺

ム化比較試験で報告されている。

④減薬の優先順位

降圧薬間での減薬の優先順位は決まっていないが、特別な病態での臓器保護目的で使用されている薬剤（RA 系阻害薬、 β 遮断薬など）の減量は慎重に判断する。

⑤介護者・家族への説明

減薬の目的、予想される血圧変化、症状観察のポイント、再開の基準などを十分に説明し、理解を得る。

e. 減薬実施時に慎重な判断が必要な病態

以下の合併症を有する場合は、降圧薬の減薬による影響を慎重に検討する必要がある。

①蛋白尿を伴う CKD

RA 系阻害薬は腎保護作用を有するため、減薬により腎機能悪化や蛋白尿増加のリスクがある。腎機能と蛋白尿を定期的にモニタリングしながら、専門医と相談して判断する。

②心不全（特に左室収縮能低下を伴う心不全）

RA 系阻害薬、 β 遮断薬、MRA は心不全治療薬として重要であり、減薬により心不全悪化のリスクがある。心不全の重症度と予後を考慮し、循環器専門医と協議して判断する。

③冠動脈疾患（虚血性心疾患）

降圧療法は二次予防として重要であり、減薬により心血管イベントのリスクが増加する可能性がある。

ある。

④脳血管疾患の既往

降圧療法は脳卒中中の二次予防に有効であり、減薬の影響を慎重に検討する必要がある。

⑤胸部・腹部大動脈瘤

血圧値の上昇は大動脈瘤拡大や破裂のリスクとなる可能性があり、減薬には注意が必要である。

これらの合併症を有する場合には、主治医だけでなく、必要に応じて各専門科の医師と連携し、診療科横断的に減薬の可否を判断する。

5 Geriatric 5 Ms を活用した包括的アプローチ

Geriatric 5 Ms は、高齢者診療における包括的評価のフレームワークであり、Mind（認知・気分）、Mobility（生活機能・可動性）、Medications（薬剤）、Multicomplexity（多疾患併存）、Matters Most（患者にとって最も大切なこと）の5つの領域から構成される¹⁵⁾。認知症者の高血圧管理においても、このフレームワークを活用することで、より患者中心の医療を実践できる。

a. Mind（認知・気分）

MMSE や MoCA-J による定期的な評価に加えて、日常生活における認知機能の変化（服薬管理

診療の1コマ

Q&A



薬剤師：認知症の人の家族から「血圧の薬を飲み忘れることが多くて心配です」と相談されました。どのような工夫がありますか？

医師：認知症者の服薬管理には以下の工夫が有効です。①配合剤を使用して薬剤数を減らす、②一包化により朝1回の服薬にまとめる、③お薬力レンダーや服薬支援アプリの活用、④家族や訪問看護師による見守り体制の構築。また、降圧薬を朝食後に飲み忘れてもその日のうちに気づいたら飲むという説明も検討します。「完璧な服薬」よりも「継続可能な服薬」を目指し、患者・家族の負担を最小限にすることが重要です。薬剤師との連携により、患者の生活パターンに合わせた服薬タイミングの調整も検討しましょう。

こんな時
どう診る？

症例：ふらつき、転倒が増えた認知症のある高血圧高齢者の管理

患者情報

年齢・性別：82歳女性。

身長・体重：150 cm/42 kg (BMI 18.7)。

主訴：ふらつき、転倒。

既往歴：アルツハイマー型認知症（診断から3年）、高血圧（診断から15年）、骨粗鬆症。

現病歴：最近ふらつきが増え、3か月で2回転倒したため来院。降圧薬3剤（カルシウム拮抗薬、ARB、利尿薬）内服中で血圧112/65 mmHg。MMSE 21点。手段的ADL低下あり、基本的ADLは維持。

身体所見：起立時血圧90/50 mmHg、歩行不安定、握力15 kg。

検査データ：eGFR 45 mL/分/1.73 m²、電解質異常なし。

社会背景：独居、娘が週3回訪問、地域包括支援センター関与あり。

Geriatric 5 Msによる評価

- Mind：MMSE 21点は軽度～中等度認知症に相当。服薬管理能力の低下が予想され、血圧自己測定も困難。意思決定能力は一部保持されているが、複雑な治療選択には家族の関与が必要。うつ症状の合併も評価が必要。
- Mobility：手段的ADL低下があり、基本的ADLは維持されているが、ふらつきにより転倒リスクが高い。起立性低血圧による転倒が疑われ、降圧薬との関連を検討する必要がある。握力低下からサルコペニアの併存も考慮。
- Medications：降圧薬3剤内服で血圧110/65 mmHgは過降圧の可能性。起立性低血圧との関連を考慮し、段階的減薬を検討。腎機能軽度低下があり、薬剤の用量調整が必要。ポリファーマシーのリスクも評価。
- Multicomplexity：認知症、高血圧、腎機能低下の多疾患併存。独居であるが娘の支援と地域包括支援センターの関与あり。転倒による骨折

リスクが高く、入院により認知機能がさらに低下する可能性。

- Matters Most：本人は自宅での生活継続を強く希望。家族も在宅生活の維持を支援している。生命予後の延長よりも、転倒せずに安全に生活することを最優先としている。

どう診るか

5 Msの評価から、本症例では降圧薬による過降圧が転倒の主要因と考えられる。中等度認知症でも基本的ADLが維持されており（JSH2025 カテゴリー2相当）、収縮期血圧140 mmHg未満を目標に段階的減薬を実施する。

私流の処方

まず利尿薬から1剤中止し、Ca拮抗薬とARBの合剤を処方、2週間後に血圧と症状を再評価。目標血圧を130～140/80～90 mmHgに設定し、起立性低血圧の改善と転倒予防を最優先とした。訪問看護を導入し、週1回の血圧測定と症状観察を依頼。家族には起立時のふらつきや活動性の変化を観察するよう指導した。

転帰

減薬後、起立性低血圧は改善し、転倒はなくなった。血圧は135/75 mmHg程度で安定し、本人の活動性も向上。娘からは「母が安心して歩けるようになった」との報告があり、QOLの改善が確認された。多職種連携により安全な在宅生活を継続している。



5

低栄養がある場合の 診療の要点

愛知医科大学，国立長寿医療研究センター 前田圭介

POINT

- 認知症高齢者の約 8 割が低栄養または低栄養リスクを有する。
- 低栄養は転倒・ADL 低下・死亡率上昇と多面的に予後を悪化させる。
- GLIM 基準を用いて低栄養の診断と重症度評価を行う。
- 認知症特有の多因子低栄養リスク構造を把握し原因推論を行う。
- 終末期の栄養ケアは延命から快適性へパラダイムシフトしている。

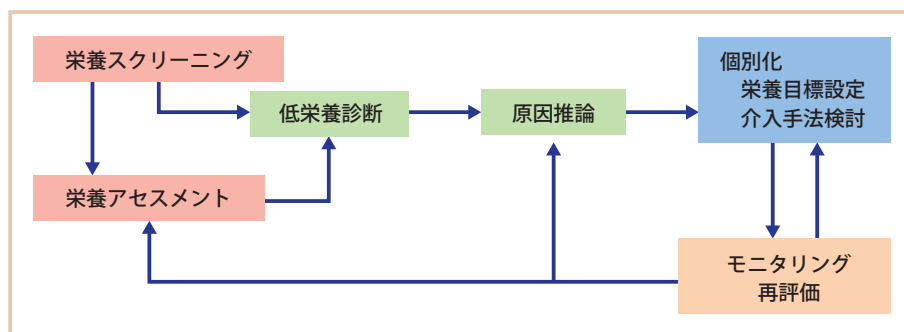
はじめに

認知症 / 認知機能低下は，低栄養および栄養摂取量不足による脱水リスク増加をもたらす疾病または状態である。その適切な栄養ケアが喫緊の課題である¹⁾ ことを多くの医療者が自覚しているものの，個性や医療・ケア水準の違いなどを背景に対応が難しい。本項では，複雑な併存症をもつ認知症高齢者に対して，より適切かつ包括的な栄養ケアのあり方について概説する。認知症は病態によって進行性であり，時期によって求められる栄養ケアが異なる。人生の最終盤における栄養ケアの目標が「延命」から「快適性」へとパラダイムシフトしている現状をふまえ，栄養摂取目標だけを目的としない栄養ケアも最後に紹介する。

1 低栄養がもたらす影響

認知症高齢者における低栄養は，認知症の重症

度，転倒頻度の増加，さらには死亡率の上昇といった重篤な有害転帰と密接に関連している。低栄養のリスクは加齢に伴い一般的に増加するが，特に認知症者では，複合的な疾患や身体的・精神的要因が重なり合うことで，低栄養が生じやすくなる。その結果，低栄養は認知症者の予後を不良化させる重要なリスク因子となる。高齢者において体重減少は骨折リスクの上昇と関連することが知られており，低栄養は介護度を増大させる要因としても注目されている²⁾。また，低栄養は長期的な死亡率の上昇とも関連し，認知機能および栄養状態の双方の悪化が生命予後を悪化させることが示唆されている³⁾。さらに，進行期認知症者を対象とした研究では，摂食障害や嚥下障害などの摂食関連問題の存在が死亡率と有意に関連することが報告されている⁴⁾。つまり，低栄養は単なる栄養障害というだけにとどまらず，認知症者の臨床経過全体にわたり多面的かつ持続的な悪影響を及ぼす。栄養ケアは，認知症ケアの中核的要素の一つとして位置づけられる価値がある。



1 栄養ケアプロセスの実践フロー

2 低栄養有病率と転帰

認知症を有する高齢者において、低栄養およびそのリスク者の有病率は非常に高い。系統的レビューによると、認知症高齢者のうち約33%が低栄養であり、さらに約47%が低栄養リスク群に分類される⁵⁾。つまり約8割の認知症高齢者が栄養問題を抱えている。低栄養の有病率はケアが提供される環境によって大きく変動することも示されており、特に介護施設入所中の高齢者において高い有病率が認められる(47%)。また、低栄養およびそのリスクは、軽度認知障害(MCI)段階からすでに顕在化することも明らかにされている。日本のメモリークリニック受診者741名を対象とした横断研究では、認知機能正常群の低栄養リスク34.2%に対し、MCI群47.5%、早期アルツハイマー型認知症群53.8%と、認知症ステージの進行に伴い段階的に上昇することが報告されている⁶⁾。

低栄養は、認知症者の日常生活活動(ADL)および行動・心理症状に複合的かつ負の影響を及ぼすことが明らかになっている。栄養状態の悪化はADLの減少、身体機能低下と関連しており、特に低栄養とサルコペニア・フレイルの悪循環は、身体機能の低下をさらに増悪させる⁷⁾。さらに、うつやアパシーといった神経精神症状は食欲減退や摂取量減少を引き起こし、低栄養の発生と

双方向の関係をもつことが示されている⁸⁾。栄養状態は、認知症者の生活の質(QOL)を維持・向上させるうえで重要な要因である。研究の乏しさから因果関係についての確固たる結論は得られていないものの、重度認知症者における栄養摂取問題は死亡率と関連することが示唆されており、生命予後への影響も無視できない⁹⁾。したがって、適切な栄養評価・低栄養診断・栄養介入は多様な臨床的転帰の悪化を防ぐため、認知症ケアに不可欠な要素である。

3 栄養評価と診断

近年の臨床栄養では、栄養スクリーニングと栄養アセスメントという2つの栄養評価方法が区別される。栄養スクリーニングとは、迅速かつ簡易に低栄養リスクを評価する手法であり、信頼性と妥当性が検証済みの栄養スクリーニングツールを用いて全対象者に実施するべきものとされる。一方で、栄養アセスメントは一定のトレーニングを積んだ臨床栄養の専門家が主観的および客観的情報を整理し、栄養状態を判断または臨床推論の材料を得る手法である。栄養スクリーニングに始まり、適切な診断、個別化介入、モニタリングを通じた個別化介入の最適化を繰り返すプロセスを「栄養ケアプロセス」という¹⁰⁾ (1)。