

平成 22 年 5 月 25 日現在

研究種目：基盤研究 (B)  
 研究期間：2006～2009  
 課題番号：18390606  
 研究課題名 (和文) 経管栄養を受けている認知症高齢者の口から食べる力の見極めと  
 ケアスキルの開発  
 研究課題名 (英文) Determination of oral feeding capacity of elderly individuals with dementia  
 receiving tube feeding and development of care skills  
 研究代表者  
 山田 律子 (YAMADA RITSUKO)  
 北海道医療大学・看護福祉学部・教授  
 研究者番号：70285542

## 研究成果の概要 (和文)：

本研究では、2006 年度に認知症高齢者が経管栄養に至る要因構造について明らかにし、2007 から 2008 年度にかけて摂食・嚥下障害のある認知症高齢者が口から食べる力を見極めるための判定基準および経口摂取の維持・再開へと導くためのケアスキルの検討を重ね、ガイドラインを作成した。2009 年度には、実際に経管栄養を受けている、もしくは受ける可能性の高い認知症高齢者に対して作成したガイドラインを適用し、効果を検証した。

## 研究成果の概要 (英文)：

In the present report, we describe the development of a guideline for determining the oral feeding capacity of elderly individuals with dementia. In 2006, we identified factors leading to tube feeding among elderly individuals with dementia. In 2007 and 2008, we investigated criteria for determining the oral feeding capacity of elderly individuals with dementia who have eating or swallowing disorders, and clarified the care skills enabling these individuals to maintain or resume oral feeding. We then developed a guideline based on the collected data. In 2009, we applied the guideline to elderly individuals with dementia who were receiving or were likely to receive tube feeding, and investigated the effectiveness of the guideline.

## 交付決定額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2006 年度	1,200,000	360,000	1,560,000
2007 年度	1,500,000	450,000	1,950,000
2008 年度	1,200,000	360,000	1,560,000
2009 年度	1,400,000	420,000	1,820,000
年度			
総計	5,300,000	1,590,000	6,890,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：看護学、地域・老年看護学

キーワード：認知症、高齢者、経管栄養、経口摂取、ガイドライン、ケアスキル

## 1. 研究開始当初の背景

(1) 経管栄養を受けている認知症高齢者の中には、適切なケアによって再び口から食べることができる者も存在することが示されている。一方で、経管栄養から経口摂取への移

行には誤嚥性肺炎をはじめ多くのリスクを伴うこと、認知症高齢者へのケアスキルが未確立であることも相まって、経管栄養を余儀なく受けている者もいる。

認知症高齢者とその家族の中には、人間と

して生きている限り、口から食べたいと願っている者も多く、看護師はその願いに添いたいと思いつつも十分なケアを提供するためのエビデンスが乏しくジレンマを感じている。再び口から食べることに成功した認知症高齢者の中には生きる力や喜びの原動力となったことを示す文献もあるように、口から食べることは単に栄養補給だけではなく、生きる喜びをもたらす、生活リズムを保ち、社会文化的交流を築くなど、人間にとって食は深い意味をもっている。それゆえに、たとえ認知症になっても最期まで食べる楽しみを高齢者が持ち続けられるよう支援していくために、エビデンスに基づいたケアスキルの開発が急がれる。

(2) 認知症の進行に伴い摂食困難が生じるが、筆者らは改善可能な摂食困難もあること、環境アレンジメントを主とする介入により摂食困難が改善することを、これまでも科学研究費補助金を受けて実証してきた。日本摂食・嚥下リハビリテーション学会が発足以来、わが国では摂食・嚥下障害者への研究は急増し、ケアスキルに関する知見も蓄積されつつある。しかしながら、認知症高齢者の摂食・嚥下障害に限局すると研究の蓄積は少ない。この理由に、認知症では高次脳機能障害があるために嚥下機能を回復に導く基礎訓練などの実施が難しいこと、ケアにあたっては認知症高齢者の意思表示のサインを援助者が読解していく必要があり、それが巧くできなければ正確な状態像のアセスメントが難しいことなどがあり、こういったことがケアを一層複雑にしているのも事実である。

それゆえに、まずは認知症高齢者が経管栄養に至る要因構造を丁寧に紐解き、経口摂取再開の可能性を見出し、認知症高齢者がもっている口から食べる力を見極め、それを支援するケアスキルを開発していくことの意義は大きい。経管栄養を受けている認知症高齢者の口から食べる力を見極めるための判断基準とケアスキルの開発は、現在、認知症高齢者の願いに添いたいと試行錯誤しながらケアにあたっている看護師たちの実践に貢献し、何よりも認知症高齢者の生活の質向上へと還元されると考える。

## 2. 研究の目的

本研究の目的は、認知症高齢者が経管栄養に至る要因構造について明らかにした上で、そこから見出される経口摂取の可能性を探究し、認知症高齢者の再び口から食べる力を看護師が見極め、支援していくためのケアスキルを開発することである。

## 3. 研究の方法

(1) 2006 年度：国内外の文献検討および経管栄養を要する認知症高齢者にケアを提供し

た看護師への記録・面接調査に基づく認知症高齢者が経管栄養に至る要因構造の分析。

(2) 2007 年度：摂食・嚥下障害のある認知症高齢者のケアに携わる看護師エキスパートによるブレインストーミング、文献検討、看護師スキルアップ教育での意見、2006 年度研究成果に基づくガイドラインの内容についての記述分析。

(3) 2008 年度：①経管栄養の離脱に成功した認知症高齢者の事例研究を分析資料としてガイドラインに従った再分析(後向き研究)。②経管栄養を受けている認知症高齢者を対象にガイドラインを実際に使用して経口摂取の移行に向けた事例展開(前向き研究)を行うことで、ガイドラインの妥当性の検討。③ガイドラインの必要性・実施可能性に関して、項目ごと 4 段階評価を多職種(言語聴覚士、管理栄養士、看護師、介護福祉士)計 6 人に依頼し、検討結果をもとに、判断基準およびアセスメント項目を見直し、視聴覚教材を作成。

(4) 2009 年度：対象は、経管栄養を受けている認知症高齢者 2 人と経管栄養を受ける可能性が高い認知症高齢者 3 人にケアを提供する看護師である。介入方法は、対象に本ガイドラインを参考に介入対象の経口摂取への移行ならびに経口摂取維持に向けたケアを依頼した。評価方法は、介入前後の介入対象の状態像の変化と介入 6 カ月後の栄養管理法(経口摂取への移行・維持)で評価した。

倫理的配慮：研究に先立ち、北海道医療大学看護福祉学部研究倫理審査委員会の承認を得たほか、研究フィールドの管理者に研究計画書に沿って研究目的・方法等を説明し、対象紹介の承諾を得た上で、研究対象となる看護師や認知症高齢者と代理人に、文書と口頭で研究の主旨はじめ承諾後も随時撤回、プライバシーの保護などの説明し、同意を得た。研究実施では認知症高齢者のしぐさや表情など個々の意思表示のサインにも留意した。

## 4. 研究成果

(1) 2006 年度：認知症高齢者が経管栄養に至る要因構造として、以下に示す 3 次元構造が見出された。

第 1 軸(経管栄養に至る時間軸)：「急性疾患による緊急導入型」「慢性進行性疾患や廃用による緩徐導入型」

第 2 軸(摂食・嚥下過程における障害軸)：「摂食困難型」「嚥下障害型」「摂食困難・嚥下障害併発型」

第 3 軸(経管栄養に至った状態像軸)：「誤嚥性肺炎や発熱の反復」「急性疾患(胃・十二指腸潰瘍や術後管理等)の治療」「治療による

絶食・安静後の廃用」「脳血管疾患発症・再発による摂食・嚥下障害」「認知症やパーキンソン病など慢性退行性進行による摂食力(食欲を含む)低下」

以上より、認知症高齢者の要因には嚥下障害のみならず食欲低下はじめ摂食力の低下によって低栄養状態となり、経管栄養に至っている要因構造もあることが示された。

また、経管栄養から経口摂取への成功事例の分析の結果、看護師による経口摂取導入のきっかけには「全身状態の回復・安定」「摂食・嚥下力の発見」「本人の意欲」「家族や看護師の口から食べられることへの希望」「VF 検査など嚥下機能評価」「摂食・嚥下リハビリテーション導入時期」があった。これを認知症の程度別にみると、軽症・中等症の認知症では本人の「食べたい」という意思表示や、他者の食事場面に誘発された認知症高齢者の行動や嗜好品の摂食を通して観察された本人の食物への関心等が挙がっていたが、重症の認知症では舌運動など嚥下機能評価の実施が不可欠といった特徴があった。

(2)2007 年度：認知症高齢者の「口から食べる力を見極める判断基準」は2段階で構成された。

第1段階は、看護師が日々の観察をもとに認知症高齢者の「口から食べる力」の糸口を見出す段階で、そのための観察項目として「本人の食べたいという意欲(家族の思い)」「言葉を発する」「唾液が飲める」「表情がしっかりしてきた」「全身状態の安定(栄養状態の改善・維持)」「活動耐性の向上(坐位保持が可能となる)」が挙げられた。現行の摂食・嚥下機能評価は、認知障害がある者に実施できないものも多い。今回、臨床の知をもとに抽出された観察項目は、重度認知症の高齢者でも評価可能である。さらに主体である本人の意欲を大前提に、食べるために必要な口腔運動や嚥下機能、体力の評価に対応していることから妥当と判断した。

第2段階は、第1段階で選定された対象者に、「意識状態」「認知機能」「全身状態」「口腔機能」「嚥下機能」の5軸10項目からなる客観的評価を行い、他職種との連携のもとに経口摂取再開を判断する内容となった。

「経口摂取再開へと導くケアスキル」では、摂食・嚥下過程に沿ったアセスメント項目と具体的なケア方法を検討し、ガイドラインの第1案を作成した。

(3)2008 年度：後向き・前向き研究ともにガイドラインの妥当性が確認されたが、「判断基準」における嚥下機能の判定において看護師間でばらつきを認め、実際に看護師からも評価に自信がないという意見があり、嚥下障害がある認知症高齢者に対する客観的評価

指標のさらなる開発が課題となった。ガイドラインの必要性・実施可能性の評価(図1・2)では、「判断基準」の各項目の必要性の平均得点は3.7~4.0点、実施可能性は3.1~3.9点、「アセスメント」の各項目の必要性は3.3~4.0点、実施可能性は3.3~4.0点といずれも高い結果であり、臨床実践における有用性は評価された。また、DVD付きガイドライン教材を完成させた。

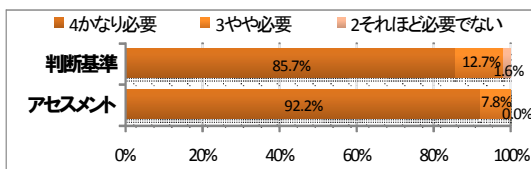


図1 「判断基準」「アセスメント」項目の必要性

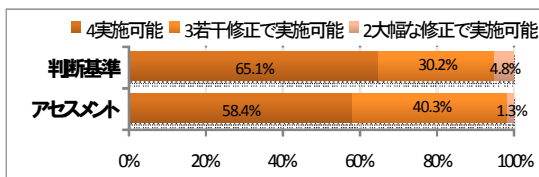


図2 「判断基準」「アセスメント」項目の実施可能性

(4)2009 年度：認知症高齢者5人全員が、認知症の程度(CDR、NM スケール)は重度、年齢の中央値は87歳(範囲:75-92歳)、全て女性であった。

経管栄養を受けていた1人は嚥下障害もなく介入4カ月後に座位での経口摂取へ移行したが、もう1人は発熱があり寝たきり状態のまま改善を認めなかった。一方、経管栄養を受ける可能性が高かった認知症高齢者3人全員が介入6カ月後も経口摂取を維持できていた。

以上より、本ガイドラインは、嚥下障害がなく座位耐久性の改善が見込まれる認知症高齢者の経管栄養から経口摂取への移行、ならびに経管栄養になる可能性が高い認知症高齢者の経口摂取の維持への有効性が示されたが、対象数が少ないこと、また嚥下障害がある認知症高齢者に対する内容について今後さらなる検討が必要である。

本研究の成果は、全国学会での招聘講演などを通じて報告した他、NHK 総合テレビ「おはよう日本」(2009年10月26日付)で全国放送され、他職種や在宅で介護している家族からも本研究の成果をもとに実践し、改善を認めたという喜びの声が寄せられた。

これまで専門職を対象にケアスキルを開発してきたが、家族介護者にもケアスキルを提供するため、図3に示すパンフレットを作成した。その後、NHK 総合テレビ「ニュースウォッチ9」(2010年5月13日付)で再び取り上げられ、多くの家族介護者や専門職から問い合わせがあり、パンフレットを提供した。

## 認知症の人の おいしく豊かな食事に向けて

**はじめに**

- 認知症が進むと、「自ら食べ始めることができない」「最後まで食べ続けることができない」「量をすくえない」「むせる」など、食べることにへの不安が必要になります。
- このとき、すべてを介助すると、認知症の人は自ら食べる意欲を失い、やがて食卓に食べることができない人になってしまいます。一方、認知症の人が**食べる力を発揮できるような環境**を整えることで、再びおいしく楽しく食べ続けることができるようになります。
- このパンフレットは、認知症の人の食べることに関する理解を深め、その人が食べる力を発揮できる環境を整えていくための助けです。

まずは、以下に示すような**食事前の環境**を整えているか確認してみてください。その上で、認知症の人の**食事の様子(食事場面の観察)**をもとに、**3つの視点**、該当するページへと進んでください。

### 食事前の準備状況の確認

食べるためのからだの準備は整っていますか？  
食前に排便を済ませていますか？服がはきかた、履物が乱れていたりしませんか？靴がはきかた、履物が乱れていたりしませんか？

食べることに集中できる環境ですか？  
食べたいと思う食物が提供されていますか？食卓に食料以外の物があふれていませんか？臭いになる環境的対策(換気、臭い取り)はありますか？

食べやすい姿勢ですか？  
姿勢は崩れていませんか？食卓とからだの距離、食卓の高さ、座る位置は適切ですか？

認知症の人の食事の様子を見て、次の①～③にお答えください。「いいえ」の場合、指するページへお進みください。

**① 食べ始めることはできますか？** はい・いいえ → **2ページ**

**② 食べ続けることはできますか？** はい・いいえ → **3ページ**

**③ 食べ方は以前と同じですか？** はい・いいえ → **4ページ**

例)食べるペースが遅くなった、量をすくえなくなった、むせる、など。

監修 山田 律子 (北海道医療大学 看護学専攻准教授) 〒001-8293 北海道札幌市東区北17丁目7-7

## 2 食べ続けることができない場合

認知症の人の食べる様子 → 支援の仕方(食事準備づくり)

**1 食事以外の物に注意が向き、食べ続けられない(食卓に集中できない)**

**2 食卓が遠くだが、その場から立ち去る**

**3 食卓中に眠りてしまい、食べ続けられない**

**4 むせてしまい、食べ続けられない**

**1 食事準備の見直し**

- 1) 視覚的な刺激の除去: 食卓を中継する壁紙、人の写真、おしゃべりなど
- 2) 良い視覚の工夫: 箸のよい握りつけ、食べるペースが同じ仲間との同席など
- 3) 食卓への注意の誘い方: ①(次は〇〇を食べますか?)等の言葉かけ、②手を置いて視線を食卓へと誘導、③認知症の人の手にやさしく触れる、④本人の手に介助者が手を添え、箸から食べる動作を支援

**2 11立ち止まる原因の調整**

- ①立ち止まる原因となる刺激物の除去: ①室温による部屋の換気
- ②認知症の人の生活リズムに合わせて食事時間を設定
- ③食事量が不足する理由の工夫: ①好きなながらも早くもって食べることのできる食器(おにぎり、パン)などを準備、②移動ルートに誘導を要

**3 食卓中にすっきり過ぎていられるための支援**

- 1) 睡眠不足や疲労の解消
- 2) 食事時間中の見直し
- 3) 睡眠薬等の見直し(医師に相談)

**4 1) 専門家に相談**

飲み込み機能(嚥下機能)への対応

- 1) 食事量の適切な盛り方(小ジョーキング)
- 2) 飲み込みやすい食物の選択: 冷たいゼリーやとろみ(糊状)の活用など
- 3) むせる食品の見直し: 餅つけの工夫や、好みの食物への変更
- 4) 呼吸と運動のバランスの調整、深呼吸に向けて支援
- 5) 嚥下訓練などリハビリテーション
- 6) 飲み込んでいる量に話しかけない

**(重要) 介助で食べている場合**

**4・2 むせる予防**

- 1) 自分で食べることをできるよう支援(食べる動作と併せて、むせる原因も減少)
- 2) 飲み込んだことを確認した上で、次の一口を介助

## 1 食べ始めることができない場合

認知症の人の食べる様子 → 支援の仕方(食事準備づくり)

**1 食事開始の前にいてもじっと座ったまま食べようとしな**

**2 食器を運び替えることを繰り返して、食べようとしな**

**3 スプーン等を遠くに持ったり、食器に触れたりするが、食べる行為に繋がらな**

**4 食卓に置かれた食物以外の物に手を触れ、食べようとしな**

**1 食事(食べ始め)としての認知を高める工夫**

- 1) 材質の活用: 一口味わえるよう介助
- 2) 感覚の活用: うどん等の煮りたつ食料の配膳
- 3) 好物の活用
- 4) なじんだ食器等の活用

**2 配膳方法の工夫**

- 1) コース料理方式→必ず料理を出す
- 2) ワンプレート方式: 丼物や大皿、1つに主菜と副菜を盛りつける
- 3) 作りおきの活用

**3 日本食の食文化を話し、右手に食料(箸やスプーン)、もう一方の手に食器をもつことを支援**

- ①おにぎりやサンドイッチなど、道具を使わずに食べられる食物を用意

**4 食卓上の物品整理**

副菜など食物以外の物品を置かない

**(重要) 介助で食べている場合**

**5 口を開けようとしな、顔をむくも、介助者の手を押し返す**

**6 いったん口に入れた食物をはき出す**

**7 口に食物をため込んだまま飲み込まな**

**5 (重要)認知) 食事の認知を高める工夫**

- 1) 好物の活用
- 2) 食物をすくったスプーンを下唇に触れる、なめてもらう
- 3) 口角、唇を軽くトントンと触れる
- 4) 本人の手に介助者の手を添えて食物を口へ運ぶ動作を支援

**6 1) 飲み込みなど食べにくい場面への対応**

- ①食事時間の変更

**7 1) 声かけ、やさしくからだに触れて気持ちよく食事にする**

- ②好きな音楽や味覚(甘味・塩味など)、清潔な食器に介助(食事への注意喚起)
- ③好物や冷たい物で飲み込みやすくする(嚥下調整を要)

## 3 食べ方が以前と違う場合

認知症の人の食べる様子 → 支援の仕方(食事準備づくり)

**1 食べるペースが早い(早食い)、口に食物をとく自分認め込むムネたり、囁きしやうになる**

**2 1) 量をすくえない(一口量が多い、少な)**

2) 手を使って食べる

**3 スプーンを握へずんだり、食器まで強がずすくすくする**

**4 一つの食器からのみ食べ続ける、すべての食事を認知できず食べ残す**

**5 時間中や日によって、うまく食べられないときと、そうでないときがある**

**1 食事準備の工夫** 小さなスプーンや箸への変更、製法方法や食器の形、食器も小さくにするなどの工夫

**2 1) 製法方法の工夫** 事前に一口サイズに切り目を入れてから配膳

2) 自動製の工夫: 箸止め付きの箸や、すくいやすいスプーンなど

3) おにぎりやサンドイッチなど、道具を使わずに食べられる食物の工夫

**3 食器の持ち方や食べる動作のうち、できない部分のみ、本人の手に介助者の手を添えて支援**

**4 1) 製法方法の工夫** 丼物などワンプレート方式やコース料理方式など

2) 認知している場面に制限(半個室開放部と制限され、食物を片側半分残した場合には、食卓の向きを180度回転)

3) 食物が見えやすい食器の色・形の選択

4) 食べる動作の調整: 食器を交換すると食べ続けられなくなる場合、手に持っている食器内の食物が食べ終わる直前に、自動スプーンで食料をつまみ出す

**5 1) うまく食べられるときと、食べられないときで支援の仕方の変更(嚥下介助にならないように注意)**

2) 生活リズムと薬の調整(専門家に相談)

図3 認知症高齢者の食事支援に関するパンフレット

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文] (計 8 件)

- ① 山田律子、摂食・嚥下障害をもつ認知症の人に対する看護の実際、老年精神医学雑誌、査読無、20 巻、2009、1377-1386.
- ② 山田律子、山本則子、石垣和子、訪問看護における高齢者の栄養管理質指標の開発と実用性の検討、北海道医療大学看護福祉学部紀要、査読有、16 巻、2009、51-59.
- ③ 山田律子、認知症ケア最前線ー認知症の人に対する食事ケア、査読無、認知症ケア実践専門誌ぐるケア、14 巻、2009、37-39.
- ④ 山田律子、認知症の人にみる摂食・嚥下障害の特徴と食事ケアー認知症の病型別特性を踏まえて、査読無、認知症ケア事例ジャーナル、1 巻 4 号、2009、428-436.
- ⑤ 山本則子、岡本有子、辻村真由子、金川克子、正木治恵、鈴木みずえ、山田律子 他 8 名、高齢者訪問看護の質指標開発の検討：全国の訪問看護ステーションで働く看護師による自己評価、日本看護科学学会誌、査読有、28 巻 2 号、2008、7-45.
- ⑥ 山田律子、認知症ケアに従事する看護補助者を対象とした摂食介助スキル教育の効果、日本認知症ケア学会誌、査読無、6 巻 1 号、2007、110-115.
- ⑦ 山田律子、認知症の人の日常生活における困難とケアのポイント①：食事のケア、看護技術、53 巻 12 号、2007、39-45.
- ⑧ 山田律子、食欲不振・食事拒否時の食事介助、高齢者ケア、10 巻 3 号、2006、22-30.

[学会発表] (計 10 件)

- ① Yamada R.、Hagino E.、Uchigashima S.、Ide S.、Development of the Guideline to Maintain Oral Ingestion without Depending on Tube Feeding for the Elderly with Dementia、25<sup>th</sup> annual international conference of Alzheimer's Disease International、2010 年 3 月 12 日、Thessaloniki in Greece.
- ② 北川公子、千葉由美、山田律子、他、胃ろう栄養法からの離脱のためのケアプロトコル開発、日本老年看護学会第 14 回学術集会、2009 年 9 月 26 日、札幌市.
- ③ 山田律子、千葉由美、他 5 名、介護老人保健施設および療養病床において胃瘻離脱に成功した高齢者の特徴、第 15 回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会学術大会、2009 年 8 月 29 日、名古屋市.
- ④ 山田律子、基調講演「認知症の病型別にみた摂食・嚥下障害の特徴と食事ケア」、

第 20 回日本老年歯科医学会総会・学術大会、2009 年 6 月 19 日、横浜市.

- ⑤ Yamada, R.、Chiba, U.、Uchigashima, S.、Factors determining feeding methods in dysphagic elderly with dementia in Japan、17th Annual Dysphagia Research Society Meeting、2009 年 3 月 5 日、New Orleans in USA.
- ⑥ 山田律子、教育講演「摂食・嚥下」、第 9 回日本認知症ケア学会大会、2008 年 9 月 26 日、高松市.
- ⑦ 山田律子、萩野悦子、内ヶ島伸也、井出訓、経管栄養を受けている認知症高齢者が口から食べる力を見極めるためのガイドラインの作成、第 18 回日本看護研究学会北海道地方会学術集会、2008 年 6 月 28 日、札幌市 (研究奨励賞受賞) .
- ⑧ 内ヶ島伸也、井出訓、山田律子、認知症高齢者の日常生活ケアに関わる意思決定能力の特徴、第 8 回日本認知症ケア学会大会、2007 年 10 月 12 日、盛岡市.
- ⑨ 山本則子、岡本有子、辻村真由子、金川克子、正木治恵、鈴木みずえ、山田律子 他 8 人、高齢者訪問看護の質評価指標開発：全国の訪問看護ステーションを対象とした実態調査、日本看護科学学会第 26 回学術集会、2006 年 12 月 3 日、神戸市.
- ⑩ 山田律子、山本則子、石垣和子、在宅高齢者の低栄養の早期発見および予防・改善に向けた訪問看護の質評価指標の開発、日本老年看護学会第 11 回学術集会、2006 年 11 月 4 日、東京都.

[図書] (計 6 件)

- ① 山田律子、認知症高齢者の食事ケア、北川公子 (編)、系統看護学講座 老年看護学 第 7 版、医学書院、2009、290-293.
- ② 山田律子 (編著)、摂食・嚥下障害、生活機能からみた老年看護過程、医学書院、2008、322-337.
- ③ 山田律子、栄養管理、石垣和子、金川克子 (監修) 高齢者訪問看護の質指標：ベストプラクティスを目指して、日本看護協会出版会、2008、14-29.
- ④ 山田律子、知症をもつ人の摂食・嚥下に関するアセスメント、鎌倉やよい・向井美恵 (編)、訪問看護にける摂食・嚥下リハビリテーションー退院から在宅まで、医歯薬出版、2007、25-30.
- ⑤ 山田律子、IV-2 認知症高齢者の生活環境づくり、中島紀恵子 (責任編集)、認知症高齢者の看護、医歯薬出版、2007、79-99.
- ⑥ 山田律子、第 6 章 豊かな食生活を支える、渡辺裕子 (監修)、家族看護学を基盤とした在宅看護論 II 実践編、第 2 版、日本看護協会出版会、2007、151-172.

〔その他〕

ホームページ等

<http://www.hoku-iryo-u.ac.jp/~rounen/yamada/yamada.htm>

作成した認知症高齢者の食事支援に関するパンフレットのダウンロード

[http://www.hoku-iryo-u.ac.jp/news/data/upfile/prof\\_yamada.pdf](http://www.hoku-iryo-u.ac.jp/news/data/upfile/prof_yamada.pdf)

報道関連情報

- ① NHK 総合テレビ（全国放送）ニュースウォッチ 9、認知症高齢者の食事支援に関するパンフレットと取り組みの実際、放送：2010年5月13日.
- ② 介護新聞、摂食困難のある認知症者へのアプローチ、2010年3月4日、8ページ.
- ③ 読売新聞、食べるよろこび 生きるよろこび～認知症と食支援、2009年12月15日、12ページ.
- ④ NHK 総合テレビ（全国放送）おはよう日本、認知症高齢者の食事支援、放送：2009年10月26日.

## 6. 研究組織

### (1) 研究代表者

山田 律子 (YAMADA RITSUKO)

北海道医療大学・看護福祉学部・教授

研究者番号：70285542

### (2) 研究分担者

萩野 悦子 (HAGINO ETSUKO)

北海道医療大学・看護福祉学部・准教授

研究者番号：10292070

内ヶ島 伸也 (UCHIGASHIMA SHINYA)

北海道医療大学・看護福祉学部・助教

研究者番号：80364264

井出 訓 (IDE SATOSHI)

北海道医療大学・看護福祉学部・教授

研究者番号：10305922