

原 著

重度認知症高齢者の食事介助環境に関する事例研究 ～摂食介助spoon feedingに拒否・抵抗を示した2例～

Case studies on helping with eating in elderly persons with severe dementia: two cases who refused spoon feeding

加 藤 篤

要約：身体機能面には問題はないが、重度認知症による認知障害により食事を自己摂取することが困難で、かつ介助者が直接スプーン等で口に食物を運ぶ食事介助（摂食介助spoon feeding）をすると、拒否や抵抗を示す2例の重度認知症高齢者を経験した。食事だけではなくその他の身体的なケアにも拒否・抵抗を示すことが多く、介護量が多大なケースであった。2つの対照的な食事環境を設定し調査した。普段の大集団での食事環境を「集団環境条件」とし、また対照的に静かな個室での食事環境を「個室環境条件」とし、それぞれの環境で、昼食を3回ずつ摂食してもらい、両者における「摂食困難時間」と「総食事時間」を調査した。結果、両事例ともに「集団環境条件」より「個室環境条件」において摂食時間の平均が短縮した。「個室環境条件」のような静かな環境が混乱せず精神的な落ち着きを促し、結果的に介助に対する抵抗も軽減され、食事時間の短縮に結び付いたと考えられ、効果的な介助環境が示唆された。

Key Words：重度認知症、摂食環境、摂食困難、spoon feeding

1. はじめに

近年、高齢者施設において利用者が主体であるべきという理念が施設環境にも反映され、居室は相部屋から個室へと変わり、グループホームの出現や小規模な介護単位であるユニットケアの取り組みが進み、食環境も大規模な食堂からより家庭的な生活単位を重視するよう変化し

つつある。また、施設環境というハード面ばかりではなく、ソフト面でも変わりつつある。身体拘束などの抑制を忌避する理念の推進や、安易に経管栄養に頼らない倫理性も求められるようになった。「より人間らしい」ケアが求められ、認知症の終末期においても可能な限り経口摂取に努めるべきだという考え方が主流になりつつある¹⁾。

今回、介助者が直接スプーン等で口に食物を運ぶ食事介助（以下、摂食介助spoon feedingとする）に拒否や抵抗を示す2事例の重度認知症高齢者を経験した。両事例とも毎日の食事介助

Atsushi Kato
大阪河 リハビリテーション大学
リハビリテーション学部 作業療法専攻
E-mail : katoua@kawasakigakuen.ac.jp

に、マンツーマンで1時間以上に及ぶことも多く、介助量は多大であった。食事だけではなくその他の身体的なケアにも拒否・抵抗を示すことが多く、指示や促しによる誘導も難しくケアスタッフも困惑し、ケアが困難なケースであった。本来食事とは栄養摂取目的以外にも、親しい者同士が楽しいひと時を過ごす目的をもつが、本稿では重度の認知症高齢者が環境に対する認知障害により食事場面において種々の摂食困難を誘発・悪化させている仮説に対し、その環境に注目し、効果的な介助環境が示唆されたので報告する。

2. 重度認知症高齢者と食事

重度認知症高齢者は毎日の日常生活においてほぼ全面的に介助が必要となるが、ケアの実際は「できないことを介助する」「問題行動を修正する」といった介助者の介助方法に主眼を置いたものになりがちである。

重度認知症高齢者の1日の行動を観察していると、多くは無為に過ごしているように見えたり、介助者のされるがままであったり、徘徊など行動の目的が不明なことが多いが、「自発的な意味のある行動」を発見しやすい場面の一つが食事である。確かに食事場面では問題行動も同時に出現することも多いが、「口に食べ物を運び、咀嚼し、嚥下する」といった一連の正しい行動もみられる。食事とは、本能的に栄養を摂取しようとする生物共有の自発的な動きであると同時に、非常に文化的な行動でもある。食事は、根本的な楽しみであり、意欲の対象として本能的であり、毎日繰り返され、決して飽きない行為でもある。すなわち、食事は自発的な行動を導きやすく、そして生理的欲求と人間的文化的要素が複合した作業、行為のため、重度認知症高齢者の行動を評価する手掛かりになりやすいと考える。

3. 重度認知症高齢者の食事に関する障害

3.1 異食・過食と口唇傾向 (oral tendency)

重度認知症高齢者の中には異食と過食が同時に出現し、何でも口にもっていくという行動は、神経疾患においてみられる口唇傾向 (oral tendency) に共通する。両側の側頭葉の萎縮が著しい後期のアルツハイマー病において、側頭葉底面の病変でみられるKliver-Bucy症候群の症状としてこの傾向が出現することがある²⁾。過食傾向が著明なケースにおいては、他者の食事や残飯を食べようとしたり、ときに異食行為が出現することもある。上記のようなケースのケアの実際は、直接的な介助ではなく、職員の見守りや周囲の環境整備にて施設内での食事摂取は自立していることも多い。

3.2 アルツハイマー病の嚥下障害と原始反射

脳血管障害において嚥下障害はよくみられる障害の一つであるが、末期のアルツハイマー病においても嚥下反射の減弱によって出現することがある³⁾。また、「口溜め現象」は嚥下障害の初期徴候ともいえる¹⁾。嚥下せず口腔内にまだ食物が残っているときに、さらに摂食介助 spoon feedingをした場合、口腔内の食物が増して嚥下が難しくなり、口溜め現象を助長したり、ときに吐き出してしまう。また、高齢者は特発性口部ジスキネジアを呈することが少なくないが、さらにこれが「口溜め現象」を助長していると考えられる。食後、数時間経過したあとも、口腔内の残渣物を咀嚼していることもある。

また、その他の食事摂取の障害として原始反射の出現がある。spoon feedingによる介助時にスプーンを噛み離さない咬反射、口唇にスプーンや食物があたると吸引しようとする吸啜反射がみられ、食事介助の障害となる。覚醒レベルが低いときに出現しやすい。

3.3 摂食困難 feeding difficulty

軽度の認知症高齢者の食に関する障害は、買い物や調理といった食事の準備が困難になったり、規則正しく適切な栄養を摂取することに問題が生じたりすることであり、健康を保つための自らの栄養管理能力に問題が生じる障害といえる。

それに対し、認知症が進行すると摂食場面においても認知障害が出現し、目の前に配膳された食事を摂取することができないという障害が出現する。例えば、食物を食物として認知できず無為に過ごしたり、一定の時間座っていられずに立ち上がって徘徊を始めることもある。また、食物をスプーンで食器から食器へと移し変える動作や、かき混ぜ、食器重ねをし続けるといった「食べ遊び」も見られるようになる。山田⁴⁾は食事に対する注意が逸れた場合、「よそ見をする」「口を開けようとしなない」「食物を口中に溜める」「手の動きが止まる」「全く食べようとしなない」「食事中に寝る」「食物や食器等で遊ぶ」が観察されたと報告している。

認知症高齢者の食事摂取における障害についての用語は、feeding difficultyとeating difficultyとがある。山田⁵⁾はWatson^{6,7)}の定義に基づいて、「摂食困難feeding difficultyとは、認知症による認知障害とそれに伴う動作性の障害により、食物摂取が減少した状態」「eating difficultyは、

摂食動作上の困難のほかに食思や嚥下困難なども含み、feeding difficultyを包括する概念」とそれぞれ定義している。

4. 事例紹介 (表1)

2事例は近畿地方のある介護老人保健施設（以下、C施設）に入所利用中の重度認知症高齢者で、NINCDS-ADRDAのProbable ADおよびDSM-IVのアルツハイマー型認知症（Dementia of the Alzheimer's Type）の診断基準を満たした^{8,9,10)}。厚生労働省の「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」では、ランク、「日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を要する」であった。また、歩行可能で、両上肢に機能障害はなく、また視力、聴力ともに問題がなかった。罹患期間がともに6年であり、症状も比較的安定しており、調査期間中に増悪はみられなかった。また、C施設入所開始から調査対象の食事場面まで4ヶ月以上経過しており、環境の急な変化による精神不安定の要因も除外できると考える。なお、両事例ともに本研究に対する家族の了承を得た。

4.1 事例A

調査時X年当時70歳、女性。64歳時に家人が

表1 事例データ

事例	年齢	性別	罹患期間	MMSE	CDR	FAST	認知症基準	要介護度	移動能力
A	70	女性	6	0	3	7-b	IV	4	独歩
B	77	女性	6	0	3	7-b	IV	4	独歩
BMI	歯		食事形態		視覚・聴覚				
19.3	自己歯のみ		常食		正常				
21.6	自己歯のみ		米飯、きざみ		正常				

罹患期間：家族からの聞き取りによる日常生活での変調からの期間

MMSE：Mini Mental State Examination (0~30点)

CDR：Clinical Dementia Rating (0~3)

FAST：Functional Assessment Staging (stage1~7)

認知症基準：認知症高齢者の日常生活自立度判定（正常およびランクI~IV・M）

要介護度：自立、要支援1~2、要介護1~5

BMI：Body Mass Index

本人の不調に気づき、アルツハイマー病と診断される。夫と2人暮らし。X-3年10月、C施設の短期入所利用を開始し、その後、通所リハビリテーションも併用し、徐々に利用頻度は増加していった。X年8月より、在宅介護の限界からC施設入所利用開始。普段施設内では徘徊していることが多い。言語は独語、対人ともに観察でき、量も多いが、意味不明の内容を繰り返す。時に鏡にも話しかける。笑顔で話しているかと思うと急に怒り出し、感情の起伏が激しい。日常生活動作は全面介助であり、加えてケアに対する抵抗が強く、食事はケアスタッフがマンツーマンで、トイレは2人、入浴は3人がかりで対応している。ケアに対する抵抗以外の暴力行為はない。

4.2 事例B

調査時X年当時77歳、女性。71歳頃から認知症の症状が出現したようだが、夫と2人で在宅生活を続けていた。X-2年11月、C施設入所。その後は1年間に1ヶ月間程度自宅に退所し、その後C施設再入所をするといった入退所を繰り返し、X年8月、再度入所利用開始。施設内では、ときに徘徊するも、日中はイスに座ってウトウトしていることが多い。話し掛けると笑顔で対応するも、返答は意味不明。名前呼びかけに「はい」と返事をするも、名前を尋ねても正答することはない。日常生活動作は全面介助でケアに対する抵抗もある。抵抗以外の暴力行為はない。食事はときどきむせが見られる。

5. 調査方法と条件

5.1 調査期間と環境

調査期間はX年12月からX+1年1月にかけて行った。調査対象の食事場面は昼食のみとし、普段食べている食事形態にて喫食してもらった。食事場面をそれぞれ3回ずつ、2つの異なる食

事環境条件にて観察した。両環境条件がより対照的になるように「集団環境条件」と「個室環境条件」とをそれぞれ設定した。観察にはビデオカメラ（ビクター、デジタルビデオムービーGR-DVY）を用い、対象者の斜め後方3mから撮影した。また、環境評価のひとつとして、環境音の測定も行った。測定機器は、騒音計（リオン株式会社、普通騒音計NA-20）を用いた。

5.2 条件①「集団環境条件」（図1）

集団環境条件の広さは259.6㎡で開放的な空間であり、レクリエーションルームとは障壁なく隣接しているため、仕切られていない広さはさらに広く、428㎡に達した。対象者は普段座っている食事場所にて喫食してもらった。4人用のテーブルにイスがセットされた環境であり、通常、利用者85~100名とスタッフ10数名とが混在する場となる。観察者は比較的遠く（5~10m）に位置した。

5.2 条件②「個室環境条件」（図2）

個室環境条件の広さは14.9㎡で、普段は家族介護教室として使用している8帖の和室という閉鎖的な空間とした。1人用のテーブルとイス

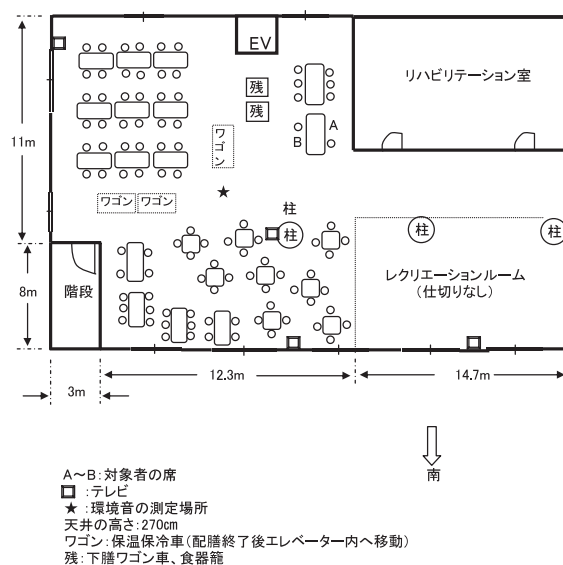


図1 集団環境条件の食堂 (259.6㎡)

を使用した。観察者は対象の後方から気付かれないように位置した。

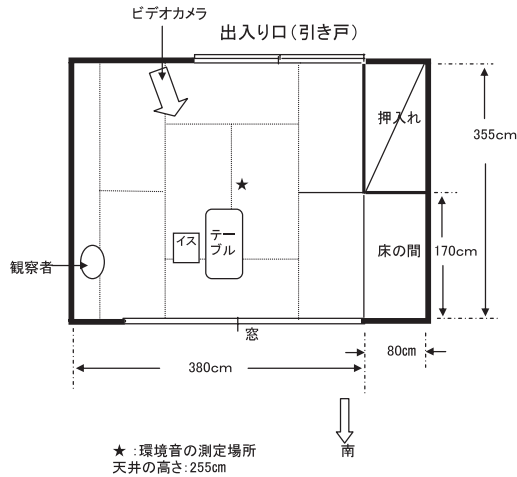


図2 個室環境条件の和室 (149㎡)

5.3 条件③「統一した援助・介助条件」 (表2)

もう1つの条件として、事例別に統一された援助および介助方法の条件を設定した。食事介助は、筆者がひとりのみで行った。両条件下において食事開始後、事例Aは10分間、事例Bは30分間、間接的援助と直接的援助にて対応し、その後、摂食介助spoon feedingに移行した。食事開始のはじめから摂食介助spoon feedingをしないことによって自己摂食を促したが、限界もあり、両条件下で一定の時間制限を設定した。これら一連の摂食の援助は、Osborn et al¹¹⁾ や山

田ら¹²⁾の研究において自己摂食の能力を引き出す介助手順として報告されており参考にした。

6. データ分析方法

著者がビデオテープを再生し、ストップウォッチを用いて食事時間を「自己摂食時間」と「摂食困難時間」とに分け計測した。「口に食物を運び、咀嚼し、嚥下する」といった一連の正しい摂食行為を「自己摂食時間」とし、また、摂食困難の時間は「摂食困難時間」として計測した。計3回分の計測時間を平均し、「集団環境条件」と「個室環境条件」とで各項目を比較検討した。比較対象項目は「摂食困難時間」と「総食事時間」とした。

7. 結果と考察

7.1 環境音測定結果

「集団環境条件」での環境音は変化が著明であった。職員の声は最大78 dBに達し、利用者の咳は82dB、食器を下膳する音は68～78dB、テレビ音量は最大74dBであった。特定の音以外である各種の音が複合されたと思われるザワザワとした環境音も最大68dBであった。また「個室環境条件」では、環境音の変化は少なく、常に45～50dBで、たまに外部に自動車が通る音が55dB程度であった。結果、両環境条件で

表2 援助・介助条件

間接的援助	直接的援助	摂食介助 spoon feeding
<ul style="list-style-type: none"> 立ち上がったなら着席を促す スプーンや箸を落とした拾う 食器を引っくり返したり、落としそうになったら援助する 	<ul style="list-style-type: none"> 声をかけて自己摂食を促す 食器やスプーン等を持たせる 一口だけ摂食介助spoon feedingし、自己摂食開始を促す 閉眼したら肩を叩いて覚醒促す 	<ul style="list-style-type: none"> 介助者が直接、スプーン等で口に運ぶ

の差を認め、両条件の差異は空間の広さだけではなく、環境音という情報において差異を認めた。

7.2 食事時間測定結果 (図3)

事例Aでは、「摂食困難時間」が 27.6 ± 14.1 分から 10.8 ± 8.3 分に短縮し、「総食事時間」は 64.8 ± 9.7 分から 52.3 ± 11.9 分に短縮した。事例Bでは、「摂食困難時間」が 23.2 ± 5.4 分から 8.4 ± 2.9 分に短縮し、「総食事時間」は 72.0 ± 7.8 分から 55.4 ± 3.7 分に短縮した。

条件③「統一した援助・介助条件」において、自己摂食を促したが、両環境条件下において自己摂食の時間および頻度は著変しなかった。自己摂食を促した時間がそれぞれ10分と30分あり、これらの時間設定を設けず、食事開始時から摂食介助 spoon feeding を行ったと仮定すれば、さらに「総食事時間」は短縮したと予想される。事例Aは「集団環境条件」において、介助摂食 spoon feeding を始めるまで、自ら全く食物を口

に運ぶことはなく、立ち上がって徘徊しはじめるか、無為に過ごすのみであった。また、声かけをし、箸やスプーンを渡しても、すぐに置いてしまい、自己摂食をする場面は一度も観察できなかった。「個室環境条件」でも3回のうち2回は「集団環境条件」とほぼ同様の内容であったが、立ち上がりや徘徊の数は減少した。さらに、「個室環境条件」での1回は自己摂食動作が見られ、その時間は3分間であった。調査者以外のC施設他スタッフに尋ねても、今回の入所利用中(4ヶ月前から)に、自己摂食動作を見たことがないとのことで、特記すべき内容と思われる。

実際の日常のケアでは摂食開始からすぐに介助摂食 spoon feeding を行っており、その際「介助者を振り払って立ち上がり徘徊する」「口を明けず拒否する」等の摂食困難が常時出現し、介助に1時間以上マンツーマンで関わらなければならないことがほとんどであった。普段の様子でも、周囲の雑踏や大きな音、例えば食器をカートに片付ける大きな音に反応して立ち上がって徘徊を開始したり、意味不明の発言内容で怒り出したりすることも多く、「個室環境条件」のような静かな環境が精神的な落ち着きを促し、結果的に介助に対する抵抗も軽減され、食事時間の短縮に結び付いたと考える。

事例Bの摂食困難内容は多様で「無為に過ごす」「寝る」「口溜め減少」「食べ遊び」「拒否・抵抗」等が観察され、また摂食介助 spoon feeding 時に、ときに吸啜反射や咬反射も見られた。「集団環境条件」での摂食介助 spoon feeding では、拒否・抵抗が強く「口を開けようとしない」「横を向いて拒否をする」「手で振り払おうとする」といった行動や、また「口溜め減少」や「寝る」といった行動もよく見られたが、「個室環境条件」ではこれらの摂食困難はすべて減少し、結果的に摂食困難時間が短縮された。また、総食事時間も短縮した。事例A

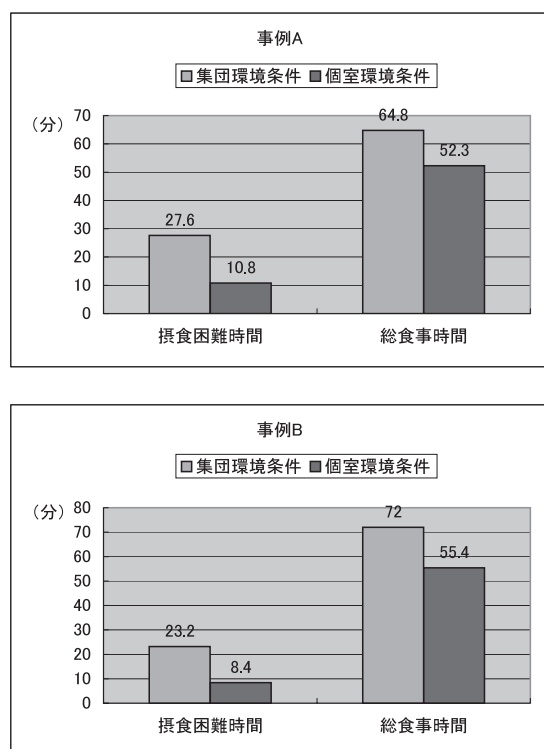


図3

と同様、介助摂食spoon feeding時のケアへの拒否・抵抗が環境の変化によって軽減され、摂食困難が減少したと考える。

重度認知症高齢者の摂食困難の1つである摂食介助spoon feedingの拒否や抵抗は、ケアの時間的浪費に加え、質的な負担も増し、ケアする家族や介助者の心理的負担も増すといえる。摂食困難によって、拒否・抵抗する認知症高齢者本人も苦痛もあり、この摂食困難を軽減できることは、結果的に自らの意思を適切に訴えることを障害された重度認知症高齢者のQOL (quality of life) を高めることに直結すると考える。

8. まとめ

両事例ともに、比較的若年での発症（64歳時と71歳時）といえ、認知症の進行に対し、運動機能面では比較的高い機能を維持しており、また聴覚・視覚の機能も維持されていた。よって重度の認知症による認知機能の低下は著明であったが、聴覚・視覚機能は良好なため外部の感覚刺激を適切に認知、統合することができず、精神的な混乱を招き不安定を導いたと考えられる。また、運動機能が維持されていることから介助に対する拒否・抵抗も力強く俊敏なため、直接的なケアが困難となっていた。

今回は食事場面を対象としたが、他の日常生活動作のケアにも拒否・抵抗を示していたこともあり、「個室環境条件」のような環境は、入浴・排泄・更衣・口腔ケアなど他のケアにおいても効果的な環境となり得ることも十分考えられる。

文 献

1) Volicer L, Hurley A “Hospice Care for Patients with Advanced Progressive Dementia” Springer Publishing Company, New York, 1998. [村井淳

志監訳：重度痴呆性老人のケア—終末期をどう支えるか. 医学書院, 東京, 2000.]

- 2) 三好功峰 痴呆における行動異常の生物学的・精神病理学的理解. 老年精神医学雑誌 2002, 13: 163-168.
- 3) 北川公子 終末期における痴呆性老人の身体ケアと管理. 老年精神医学雑誌 1999, 10: 1026-1032.
- 4) 山田律子、磯田順子、中島紀恵子他 痴呆の程度別「摂食リズムの乱れ」の特徴 —作成したシートを用いて—. 老年看護学 1999, 4: 73-82.
- 5) 山田律子、中島紀恵子、北川公子 痴呆性老人の食事摂取困難に関する研究の動向. 北海道医療大学看護福祉学部紀要 1997, 4: 97-102.
- 6) Watson R Measuring feeding difficulty in patients with dementia: perspectives and Problems. J Adv Nurs. 1993;18(1):25-31.
- 7) Watson R Measuring feeding difficulty in patients with dementia: developing a scale. J Adv Nurs. 1994;19(2):257-63.
- 8) American psychiatric association Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV. Washington D.C. 1994. [高橋三郎、大野裕、染矢俊幸訳：DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き. 医学書院, 東京, 1995.]
- 9) 宮秀哉、千田富善 痴呆とりハビリテーション—臨床診断と評価—. 総合リハ 1997, 25: 405-411.
- 10) 大塚俊男、本間昭：高齢者のための知的機能検査の手引き. ワールドプランニング, 東京, 1991.
- 11) 朝田隆 痴呆と行動異常 —痴呆疾患・経過・重症度との相関—. 老年精神医学雑誌 2002, 13: 152-156.
- 12) Osborn CL, Marshall MJ Self-feeding performance in nursing home residents. J Gerontol Nurs 1993;19(3):7-14.
- 13) 石内彩香、高木初子、水戸美津子 摂食困難のある認知症高齢者の食事行動の自立を促進する

- 効果的介入方法. 日本認知症ケア学会誌 2006, 5: 325.
- 14) 小林隆司、渡部月子、片平伸子他 認知(痴呆)症をもつ高齢者の食事支援に関する観察調査. 作業療法 2005, 24: 136.
- 15) 久野真矢、清水一 テーブルの周囲に仕切りを使った環境設定が痴呆性高齢者のQOLに及ぼす影響 シングルケース実験法による予備研究. 作業療法 2005, 24: 181.
- 16) 三浦研、外山義 高齢者施設のユニバーサルデザイン ー施設から住まいへー. 老年精神医学雑誌 2001, 12: 991-998.
- 17) 太田篤志、鎌倉矩子、石附智奈美、他 重度痴呆患者の日常生活を満たす作業. 作業療法 2001, 20: 241-250.
- 18) 末弘理恵、三重野英子、マーサ豊澤英子他 痴呆性高齢者の摂食困難の状況とその影響要因 ービデオ観察による分析ー. 老年看護学 2002, 7: 79-87.
- 19) 山形しづ子、六角僚子 食の失行に対するケアの試み 食の環境調査を中心に. 日本認知症ケア学会誌 2007, 6: 202.