

## <討議まとめ>

認知症の方への食支援はとても難しい。そのことに間違いはない。だからと言ってあきらめるわけにはいかない。そこでもう一步踏み込んで考えると、認知症というものには種類と段階がある。それぞれのタイプごとに特徴は異なり、その段階によってできることも異なる。

まず、認知症末期の段階というのは口から食べることが身体的に不可能な状態である。つまり、末期になる前に食支援は行われなくてはならない。認知症において正しいケアをすることにより状態は安定する。認知症の種類が異なればケアの方法は異なる。この知識を現場共有できているのか?残念ながら現状は「認知症の人」でひとくくりになっている。まずは正しい知識を社会に広める必要がある。

また、認知症は何もできない病気ではなく、できなくなることが増えてくる病気である。つまり、本人に何ができるのかに注目していくことが重要な視点である。介護現場では認知症の方への食事介助で手いっぱいになっているが、本人ができることも含めて介助している可能性もある。自立できる部分は自立してもらい、必要などころだけ介助していけば介護現場はもっと余裕を持った場所になるだろう。

## <プレゼンテーション>

岡林 繁史

「認知症の方への SKTS」をテーマにプレゼンさせていただきました。

認知症の方で周囲から「自分では食べられない」と思われている方は多くいらっしゃいます。その根拠は、食べ物を見ても口を開けない、食べても吐いてしまう、食事に興味を示さない、または拒否をする等々…。しかしながら、その人その人で食べられない理由は異なります。認知症による失認、失行の影響も十分考えられます。

食事支援に当たって、個々の食事過程どの部分で自力摂取を難しくさせているか考察、検証し、適切な支援を講じれば、実は多少の介助で「自ら食べられる」方は多くいらっしゃるのではないのでしょうか。とかく施設介護においては、限られた時間、人員の中で、食事は効率性が多分に重要視されています。一律的な「自分では食べられない」との解釈、同一的な食事介助に陥ってしまい、皮肉にも「自分では食べられない」人を増やしているのではないのでしょうか。

また、当然ながら認知症の方は意思疎通に難しさが生じ、ダイレクトな感想、意見を伺えない事は多々あるかと思えます。食事の感想も同様です。

では判断基準をどこに置くか。本人にとって「快い」と感じられるものかに焦点を当てるのはいかがでしょうか。言葉だけでなく、表情、態度、行動からも多分に汲み取れるかと思えます。汲み取りが難しい場合には、元々の食生活や嗜好を知ることも重要かと思えます。

認知症の方の食事支援は、症状の進行に応じアプローチ、手立てを変化せざるを得ず、決して容易な事ではありません。絶対の答え、ゴールもありません。大切な事は、本人を支える家族や医療・介護従事者が、本人の考えを共有し（時に推察し）、何が本人にとっての幸せなのかを探り続ける事ではないでしょうか？

<各自のレポート>

## 第2回SKTS

五島 朋幸

今回の岡林君の話題提供を受けて認知症の方への食支援に対して2つのことを考えた。1つは認知症の方への食のケア、もう一つは認知症末期の方への対応。

認知症の食のケアに対して個別性が大きく、漠然と考えていたが、そこには大きな2つの軸が存在し、そのポイントをしっかりとおさえたいうえで現場のケアをすべきだと思った。1つの軸は段階。認知症の初期から中期、後期、そして末期。どの段階であるかにより心身機能は大きく異なるためその把握は必須となる。もう1つの軸は認知症の種類。認知症には「アルツハイマー型」「脳血管性」「レビー小体型」「前頭側頭型認知症」など特徴の異なる種類があり、それぞれ症状も異なるため当然ケアの方法も異なる。認知症のケアは多様性が重要であり、個々への対応がすべて異なるため、その場その場での対応は考えなくてはならないと思っていたが、これら2軸の中で対応を考えていけば試行錯誤も的確に、しかも結果を出せる可能性も高いと感じた。このようにケアをする側の理解によって対応が適切であれば口から食べるものが永く維持されるであろう。

今回、「認知症末期」という言葉もキーワードとなった。これまで漠然と認知症が重度化した状態だと考えていたが、世間的な解釈としては身体機能が低下し、経口摂取が不可能な時期であるということが分かった。つまり「食支援」ができるのは認知症の重度まで。では、認知症末期にどう対応するのか。経口摂取が無理だからそのままなのか、胃ろうを造設するのか。明らかに本人の意志表示ができない状態で何を選択すべきなのか。

ここは経管栄養などの強制栄養は適切とは思えない。米国アルツハイマー病協会は、「AD末期で嚥下困難になった患者に対する最も適切なアプローチは、死へのプロセスを苦痛のないものにするのである。輸液も実施しないほうが最期の苦痛が少ない」と述べている。しかし、現代の日本の医療において「何もしない」という選択肢は困難であり、実際認知症末期の方への胃ろうも散見する。しかし、欧州静脈経腸栄養学会は「胃ろうが誤嚥性肺炎や褥瘡の発生を減少させ、患者の生活の質を改善させるという医学的証拠はない」と述べており、欧米では認知症末期の方への強制栄養には否定的のようだ。個人的には会田薫子東京大学特任研究員の「人工的水分・栄養補給法を行わないことは餓死させることなく、緩和ケアである」という言葉に共感を覚える。

認知症の方へのSKTS（最期まで口から食べることを支える）

認知症がある方たちのおかれている現状について岡林さんや大井先生から現状をうかがうことができた。

施設など実際の現場では、認知症にはアルツハイマー型、レビー小体型、前頭側頭型、血管性認知症などのタイプにより特徴があり対応方法も異なるはずなのに実際の現場では認知症のある食べない・食べられない人とひとくくり。きめ細かい対応がなされていない。問題行動と呼ばれているものの多くにはその方なりの理由があるはず・・・。

また咀嚼機能が正しく評価されていないため適切な食形態のものが提供されていないこともある。

とにかく現場では時間内に食べ終わってもらわないと困るから食事介助・ペースト食という方が多い。ペースト食がおいしいと感じられず、食事がすすまないことが多々あるに違いない。負のスパイラルに陥ってしまう。

食は大事な人生の楽しみなのに・・・。

現場に認知症の方が今どのステージでどういう対応が必要と評価できる人の介入が必要。

そのほかに認知症末期についても問題がある。

認知症末期について現時点では日本では明確な定義はないとのこと。しかし諸外国の基準をふまえ、寝たきりになり、介助をしても食べられなくなった（飲み込めなくなった）時期と考えていいと思う。

その時期になると経管栄養にするかしないかという問題が浮上する。一番尊重しなければいけないのは本人の意思だが、認知症の方の意思確認は難しい。

認知症の方を支える私たちは、本人の歴史・価値観・日々の行動などから本人の希望を推測し家族の思いも踏まえていかなければならない。

一人でも多くの方が認知症に関心・正しい知識をもち、認知症があっても穏やかに暮らせる社会作りのため情報発信の重要性を改めて感じました。

## SKTS 認知症編

桜町病院ホスピス 大井 裕子

「認知症の方が最期まで口から食べることを支えるには」というテーマは、これまでも何度もディスカッションを繰り返してきた。私たちが無意識で行っている食に関する行為は、その中のどの一つが欠けても食事ができないのだということを自分も繰り返し発信してきた。

食べ物を見る⇒食べ物と認識する⇒手または道具を使って口に運ぶ⇒咀嚼する⇒食塊形成⇒咽頭に送り込む⇒嚥下 「食べる」とは、こんなにも複雑な一連の行為が組み合わさって行われている上に、健康な私たちは特段意識することなくできているのである。

今回岡林さんのプレゼンを聞きディスカッションをして新たに気づいたことは、「施設」と「自宅」という療養環境の違いが、「食の環境」を大きく左右しているということである。すべてがそうではないとしても、病院や施設などでは、限られた時間の中で食事を終えなければならない。「ひとりひとりのひとが、どんな食事の嗜好があり、どんなお手伝いをすれば自分で食事を楽しめるか」などということを考えている暇がないのが忙しい現場の実情で、制限時間内に食事を終えるために、本来ゆっくりと時

間をかければ自分で食べられる人も「（時間内に）食べられない人」というひとくくりの中で食事介助の対象になっている可能性がある。好きな物なら食べられる人も、形のないドロドロした、あるいは色とりどりの四角い食べ物（固形流動、ゼリー）を見てもこれが食事だと思えず食べられない人もいるかもしれない。もちろんこの食事形態は、「安全のため」「食べやすいように」と患者さんのためという理由でそうなのだが、「食べられない人」を現場が作り出し、食事介助の対象を増やして、結果的に食事介助の負担を増やしているのかもしれない。

これが自宅だとどうだろうか。自宅ならゆっくり食べていても誰も文句は言わない。食事の嗜好を知る家族が、何とか食べられるものを工夫してくれる。仮に家族が介助してくれてペースが合わなければ遠慮なく文句も言える。と同時に、介助する家族には、それだけの負担がかかっていることも事実である。

病院も施設も、限られたスタッフが多くの食事介助に時間を費やす。その間もナースコールは鳴り時には食事介助を中断して別の方のトイレ介助に走る。そうだ。彼らはいつも走っている。そんな環境の中で、患者、入所者にとって食事時間はもはや楽しい時間ではなく、現場のスタッフにとっても業務になっている。

この現状を打開する方法はないだろうか。自分がその患者や入所者の立場になったら、これでいいと思う人はいないはずである。好みを聞きながら、楽しい会話をしながら、一緒に座って食卓を囲みたい。食とは本来そういうもののはずだ。

そういう私も、母の病床で食事を手伝ったときに「早い！」と一喝された。「ゆっくり」と意識してもつついっ Spoon に次のひとさじをすくって用意していると、急かされているように感じられるのだなということ、数年前を思い出しながら感じている。

こんな場面で・・・

- ①「ゆっくりと一緒に食事ができる人」となってくれるひとがいたらいい。
- ②その人が必要とする部分だけを手伝うことができればいい。
- ③その人が「食べる」行動のどの部分ができているか、できていないかをじっくりと観察してくれる人がいるといい。
- ④そして、できていない部分を解決してくれる人につないでくれたらいい。
- ⑤もし食べないなら、なぜ食べないのかじっくり話を聴いてくれる人がいたらいい。

こんなことを言うと、現場の声が聞えてきそうである。

「そんなことができたらいけど、忙しいのにそんなことに時間はかけられない。」と。

ならば、できる人がやればいいのか。それが食支援サポーターである。だれがそのサポーターになり得るのか。業務に携わっていない人である。じっくりそこにいられる、一見暇な人である。「はつかいち暮らしと看取りのサポーター」はこの役割を目指している。

食支援を必要としているのは誰なのか。今回は認知症をテーマに岡林先生より提言を受けた。認知症という疾患により、摂食嚥下の時期においても失認、失行と食べることへの障壁が様々な形で現れることがある。明確な定義はないが認知症における終末期は嚥下反射が極度に低下、消失して誤嚥性肺炎を繰り返す状態になることもある。そもそも認知症でなくとも食べ物の好き嫌いは分かれ、趣向も変わっていく。日によっても気分には波がある。そのことを前提に、その都度注意深く、言語のみならず仕草や反応などから本人の意思や想いを察知して対応することが支援としては必要となってくる。それぞれの状況に応じての一般的な対応などは情報としてあるものの、目の前で対峙している支援者は、本人の意思表示が明確になされない場合には、現在どこに問題があるのかをしっかりと評価できずに間違った食事支援がなされているケースもあるのではないだろうか。

今回のディスカッション中に、私が以前に聴講した山梨学院大学栄養課影山光代先生の行った研究報告を思い出した。総エネルギー量とタンパク量の摂取量が多い群の方が、血中アルブミンが低くなる…つまり「沢山食べた方の栄養状態が良くない」と言った結果のものだ。総エネルギー、たんぱく質摂取量と血中アルブミン値の関係だが、血清アルブミンを 3.5g/dl 未満と以上で相関をみた結果、血清アルブミン 3.5g/dl 以上で体重・BMI は有意に高い値を示していた。しかしエネルギー・たんぱく質摂取量では血清アルブミン 3.5g/dl 以上で有意に低い値であった。条件は n=104、平均年齢 86.4 歳、平均介護度 4.2 であったこと、その 8 割が認知症であった。ただし、40 名が低体重・低栄養、64 名が体重・栄養正常範囲で調査結果の通り低体重・低栄養の人たちのほうが、エネルギーもたんぱく質も多く摂取していた。(出展が原著定かではなく申し訳ありません) 食事を多く食べても吸収機能が低下していたり、心臓、腎臓、甲状腺など他の臓器も機能低下や、炎症反応なども影響するであろう。消化管からはペプチドの吸収も変化、加齢による委縮性胃炎なども要因として考えられる。私は薬剤師という仕事柄、服用していた薬剤なども背景因子として詳しく探る必要はある。

様々なことが考えられるが、食事が摂れなくなってきた高齢者に対して、支援者が熱心に食事介助をする結果なのかも知れないとも考えられた。

本人の想いや大切にしたいことを探り、生きてきた過去から価値観など背景を考えたいうでの個別性を重視すること。本人の想いを想像、推察し本人にとっての幸せを探ることであるが、それが正しいか間違っているかではなく現状を共有することこそが大きな意味があると感じた。自身で認知症になったとき、家族が認知症になったときの、考える食事支援にはおそらく矛盾が生じるであろうこと。しかしその矛盾や葛藤を抱えながら日々介護をしている家族は少なくない。共有すること、これは家族や地域を含め最期まで口から食べるを支え「合う」ことにつながるとではないかと感じたディスカッションであった。

認知症の方への SKTS

下平 貴子

岡林さんのプレゼンの締め言葉が「絶対の答えはない。が、『何をもって幸せか』を探る必要はある」

であった。食支援に当たる専門職は状況を客観的に評価しながら、本人の「快」、家族の「快」を探る必要があるという意図だったと思う。

きっと食支援に限ったことではなく、誤解や偏見が多い認知症のケア全般に、尊厳を保ち、「快」を支えることが望まれると感じた。

自分や大事な人が認知症になったら、当人及び家族は混乱している。思うようにならないこと、怖いことが多すぎて、困るんじゃないか。困っていることを、まず理解して支えてほしい。何も分からないと決めつけしないで、怖がらせないでほしい。小さな「快」と共に、穏やかに過ごしたい。

現状、介護の現場ではあまりそのような余裕はないという話も出て、今後、高齢者が増えますます介護の担い手不足が起こるとしても、その余裕をつくっていかなくては、いつかは我が身に殺伐とした日々が待っていることになる、かもしれない。

他人事ではないから、専門職でなくても認知症の原因疾患や症状、ケア、食支援について知る必要が自分にもある。みなにある。町会で、認知症サポーター養成講座を開き、自分も受けたが、あれでは不十分だと振り返った。

そして、私自身は認知症の末期の方の様子を知らず、具体的なイメージができないのだが、終末期の食支援については、例えば食事をとることが体に負担になる時期が来ることなど、やはり一般的に知られる必要があると切に思う。

大井先生並びに岡林さんのプレゼンと、その後の対話を経て、改めて、食べることを支える上で（人生の最終段階にある人の場合はとくに）、情緒的に流されず、倫理的であることを“考え続ける”ことそのものがとても大切だと感じている。

## 認知症の方の

最期まで口から食べることを支える

堀尾 隆

これまで癌ターミナルの方の対応が難しいと思っていましたが、認知症の方の対応は、同じように難しいことを認識しました。何と言っても、認知症の方は認知機能が低下するわけで、意思をつかさどる脳が機能しなくなるのです。

人がケアされる時、コミュニケーションをとれることが必要ですが、認知症の方は、簡単にコミュニケーションがとれなくなります。認知症の方をケアする場合、パズルを解くように相手の真意を探っていくかなくてはなりません。そのため、認知症の方のケアは、一律的な対応ではなく、個別的な対応をしなければなりません。個別的な対応とは、当然ですが、個々の認知症の方に対し、その人のペースに合わせた対応をすることです。

認知症の方に対する介護のポイントは、この個別的な対応ができることと、そして、本人が「快い」と思う状態を維持することにあります。この「快い」という思いは、当然ですが、本人が気持ち良いと思うことです。本人が好きなのを食べる、本人が不安にならない環境にある、本人が嫌な気持ちにならないなどです。

しかし、岡林さんの発表では、私が目にしてこなかった特別養護老人ホームの介護職員の対応について話題提供がありましたが、介護スタッフは、どうしても時間内に介助対応をこなさなくてはならないため、介助対応が一律的になってしまわざるを得ない現状があるということでした。認知症の方に対する介護方法が良くわかっているにもかかわらず、実際の現場ではあまりにも時間が足りず、精一杯の状態だということがわかりました。

「認知症ステージアプローチ入門」著書の平原佐斗司氏が、認知症の方の症状進行段階を記していますが、認知症の方の最期は、認知機能が衰えるだけでなく、身体機能が衰えていくという状態であり、認知機能だけが衰えて最期に食べられなくなるわけではないようです。認知症の方が食べられなくなる時期は、末期症状となる前で、その時は、ほぼ自分の手で食べることができなくなる時となります。

今回の勉強会で、私が考えた究極的な考えは、認知症の方が、最期まで口から食べることが続けられるために、本人にとって「快」の状態を持続する必要があるので、本人にとって何でも「快」と思える食べ物を提供することが良いということです。本人が満足する状況を維持するために、食支援をしていくのです。

とは言っても、複合的に他の疾患が絡んでいる認知症の方は、好きなものばかり食べていたら病状を悪化させてしまうので、そう簡単ではないことはわかります。やれる術を尽くし、本人が「快」となる状況をつくれれば良いのです。認知症の方には多くの時間と様々な技術を要するのです。

こういったことを含め、みんなで方向性を決めていくことが大事なのでしょう。「快」のことを中心に考え、本人の思いが阻害されない状態を続けていくのか、それとも、様々なリスクを考え、食事内容を制限しつつも、できる限り「快」を保てるように皆で知恵を出し合うなど、認知症の方の食支援に関するカンファレンスを開く必要があるでしょう。