認知症高齢者への食事支援

浅川典子

(埼玉医科大学保健医療学部看護学科)

Offering help to the elderlies with dementia taking meals

Noriko Asakawa

*School of Nursing, Faculty of Health and Medical Care, Saitama Medical University,
1397-1, Yamane, Hidaka-shi, Saitama, 350-1241*

〒350-1241 埼玉県日高市山根1397-1

Symptoms of dementia are divided into two major categories of core symptoms and secondary symptoms (BPSD). Core symptoms consist of cognitive function disorders such as memory impairment, orientation disorder, disturbance of execution function, poor comprehension and poor judgment, aphasia, apraxia and agnosia. These are inevitable symptoms brought about by organic changes in the brain. Taking meals is one of the important daily activities enjoyed by the elderlies. Some elderlies, however, refuse to eat when meals are taken to them and refuse to drink when a glass of water is offered to them. They even refuse to open their mouth when people talk to them and offer help. Or, they may just simply stop taking meals and refuse to use chopsticks. Some elderlies continue to pretend as if they are eating even when there is no food left. In such instances, urging the elderlies to stop their behavior or forcing them to behave in a certain way is not effective. Taking into account that such behavior is caused by core symptoms of the disease, it is necessary to explore ways to assist the elderlies taking meals by making maximum use of what is left of their ability, without leading them into confusion.

1. はじめに

全国認知症有病率調査によれば、認知症有病者数は約439万人、65歳以上高齢者の認知症有病率は約15%と報告されている¹⁾。今後、高齢者人口の増加とともに認知症高齢者の一層の増加が見込まれている。

認知症は、1970年代に出版された有吉佐和子の『恍惚の人』により、ぼけ老人（痴呆老人）として社会問題として認識されることとなった。当時は、認知症の人は「何もわからなくなった人」というイメージで捉えられており、その原因や対応方法もわからないために、最低限の身体介護や問題行動の抑制に焦点をあてたケアがなされることが多かった²⁾。

近年では、認知症は神経変性疾患、脳血管障害、感染症などさまざまな機序の脳の障害により発症することが知られており、画像診断の発展による診断精度の向上により症状についての症候学的理解も進んでいる。そし

て、アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などの主な認知症については、診断別に病気の特徴が明らかにされている³⁾。

また、早期診断が進むにつれて、認知症と診断された人自身が体験を語ったり、手記を出版したりするなど、本人の視点に立った理解と支援を求める動きが活発になっている。最近では、認知症の人のケアにあたっては、その人の視点に立ち、その人が体験している世界を理解しようとする姿勢が不可欠である⁴⁾との認識が広まっている。

2. 認知症の症状

認知症の症状は、中核症状と周辺症状（BPSD）に大別される。中核症状とは、記憶障害、見当識障害、実行機能障害、理解・判断力の低下、失語、失行、失認などの認知機能障害のことであり、脳の器質的障害によって必然的に生じる症状である⁵⁾。中核症状に対する治療薬

の開発が進んでおり進行を遅らせる効果が期待されているが、根治作用はない。認知機能障害が進行すると、日常生活を上手く営むことが難しくなるので、認知症高齢者の持てる力を引き出していくための周囲の人の対応やかかわりの工夫がとても重要となる。

周辺症状は、中核症状の進行に伴い出現する行動異常および心理症状のことである。近年では、認知症の行動・心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia; BPSD) と表わされることが多い。具体的には、攻撃性、不穏、焦燥性興奮、脱抑制、収集癖、異食、不安、うつ症状、幻覚、妄想などの症状である。BPSD は周囲の人の不適切な対応やケア、環境、身体合併症などにより増強する⁵⁾。治療としては向精神病薬が用いられているが、『BPSD に対応する向精神病薬使用ガイドライン (厚生労働省, 2013年)』⁶⁾ に第一選択は非薬物療法であると明記されているように、薬によらないかかわりも試みる必要があるとの認識が広まっている。

3. 中核症状の進行による生活の難しさ

認知機能障害が進行すると、日常生活をそれまで通りに営むことが難しくなる。そのため、何ができて何ができないのかを具体的に把握し、できない部分を補うケアが必要となるが、その時に重要となるのは、以下のような中核症状⁵⁾ についての理解である。

【記憶障害】

記憶の働きは新しい情報を覚える (記銘)、記銘した情報を蓄える (保持)、保持している情報を思い出す (想起) である。情報の保持時間により短期記憶 (即時記憶、近時記憶) と長期記憶 (遠隔記憶) に区分される。短期記憶の障害により新しい情報を覚えることができず、経験したばかりの出来事を思い出せなくなる。認知症が進行すると、長期記憶として蓄えられている昔のことも思い出せなくなる。

また、記憶は内容によりエピソード記憶 (個人的な経験の記憶)、意味記憶 (知識)、手続き記憶 (身体で覚えた技能) に区分される。エピソード記憶は障害されやすく、手続き記憶は障害されにくい。

【見当識障害】

見当識とは時間・場所・人の見当をつけ自分の状況を理解する能力である。見当識障害は時間、場所、人の順に進行する。見当識障害が進行すると、周囲の状況と自分自身の状況に関する正確な把握が困難になる。そのため、自分が誰で、今、どこで何をしているのかという基本的な自己の認識が混乱する。

【実行機能障害】

実行機能とは、立案した計画を必要に応じて修正しながら、効率的に遂行していく能力である。実行機能が障害されると状況を的確に分析し、状況に合った手順を計画し物事を行っていくことが難しくなる。そのため、仕事や家事の手順が悪く非効率的となったり、変化に対す

る柔軟な対応もできなくなったりする。

【理解力・判断力の低下】

理解力の低下の初期には、考えるスピードが遅くなったり、複数の出来事が重なると上手く処理できなくなったりする。進行すると、「今、ここで起きていること」を理解することが難しくなり、日常生活が大きく混乱する。

【失語】

失語とは、思考や概念を言語に置き換えることや、言葉の意味を理解することが難しくなる障害である。言葉の想起がしにくく、話そうとした内容を忘れてしまうことが多くなり、普通の会話についていけなくなる。また、文脈を理解しないままの場合わけ的な返答も多くなる。

【失行】

失行とは、身体の運動機能は保たれているが、特定の動作を遂行することができなくなる障害である。自然な場面のできる習慣的な単純な動作が命じられるとできなかつたり、いくつかの連続した動作が必要な場合に順序が混乱して行為を遂行することができなかつたりする。

【失認】

失認とは、感覚機能は保たれているにもかかわらず、視覚、聴覚などを介して対象を認知することの障害である。視覚失認があると、よく知っている人や物でも見るだけでは認識できなくなる。

4. 中核症状による食行動の混乱

食べることは生命維持と活動の源であり、高齢者にとっては日常生活における最も大きな楽しみである。しかし、認知症の中核症状が進行することによりさまざまな影響が現れる⁷⁾。

食べること (摂食・嚥下) は先行期、準備期、口腔期、咽頭期、食道期の5期に分類される。その中で最も認知症の影響を受けるのは先行期である。先行期は食物を理解し口に入れるまでの時期であり、認知期ともよばれる。実際に食物を口まで運ぶ動作も含まれるが、何をどのくらい、どんな風に食べるかを決定する時期である。

中核症状である記憶障害、見当識障害、実行機能障害、理解・判断力の低下、失語、失行、失認などの認知機能障害の進行は認知症の病名や重症度によって異なるが、病気の進行に伴い配膳しても食べ始めない、コップに入っている水を飲まない、蓋つきの器に入っている物を食べない、ご飯が残っているのに食べない、箸を使おうとしない、食物が残っていないのに食事動作を続けようとする、プリンを箸で食べようとする、スプーンを逆さに持ちすくおうとする、早食いなのでゆっくり食べるよう促すと「はい」と返事はするが食べ方が変わらない、他の人のおやつを食べてしまうなどの症状がみられることがある。

そのような症状に対してのむやみな行動の促しや制止は効果的でなく、混乱を増長することとなりやすい。認

知症高齢者が食事を開始することができなかったり、上手く食具を用いることができなかったり、他の人の食事を食べようとしたりする原因は、病気の中核症状である実行機能障害、失認、失行、理解力・判断力の低下などにあるので、それらの症状について、まず中核症状の視点から食行動の混乱を理解し、それを踏まえて支援方法を検討することが大切である。

同様に、食事を途中で中断してしまったり、食事中に近くにいると話しかけられてしまい食事が進まなかったりするのは注意力の低下、食事介助のときに声かけすると口を開かないのは口腔顔面失行、食べ終わったばかりなのに「まだ食べていない」と言うのは記憶障害などというように、認知症高齢者の食事場面で観察されるさまざまな食行動の混乱について、認知症の中核症状の視点から理解することが重要である。その上で、認知機能の障害に合わせた具体的な支援方法を検討していくことが必要となる。

5. 認知症高齢者の食事支援で大切なこと

認知症の人への対応の基本として、「間違えたことを注意しない」「命令しない（指示しない）」「理屈による説得よりも共感的な納得」が大切であることは広く知られるようになってきている。それは、認知症の人の日常

生活の混乱は、中核症状の進行のために引き起こされているからである。

認知症の人のケアにあたっては、その人の視点に立ち、その人が体験している世界を理解しようとする姿勢が不可欠であるとされている。食事支援においても、食行動の混乱は中核症状である認知機能の障害により引き起こされていることを理解し、場面の詳細な観察を通して、残されている力で混乱せず食べられる支援方法の探索が必要となる。

文 献

- 1) 厚生労働統計協会：国民の福祉と介護の動向・厚生指標 増刊, 61(10), 175-178 (2014)
- 2) 加藤伸司, 加藤伸司：認知症ケアはここまで進んだ, 老年精神医学雑誌, 19(6), 629-635 (2008)
- 3) 池田学編集：DSM-5 を読み解く, 中山書店, 東京, pp.41-78 (2014)
- 4) 長谷川和夫：認知症の医療とケア 今とこれから, 早期認知症学会誌, 7(1), 6-10 (2014)
- 5) 斎藤正彦：チームアプローチのための老年期精神医学, 新興医学出版社, 東京, pp.70-131 (2007)
- 6) 厚生労働省：「かかりつけ医のための BPSD に対応する向精神病薬使用ガイドライン」について, www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000036k0c.html
- 7) 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践, 老年精神医学雑誌, 20, 1377-1386

本稿は、第51回研究集会における発題講演をまとめたものである。