

# 終末期に至る食事摂取困難事例の類型案

三好弥生<sup>1</sup> 片岡妙子<sup>2</sup> 浅沼高志<sup>3</sup> 武富純子<sup>4</sup> 杉原優子<sup>5</sup>

(2018年9月28日受付, 2018年12月17日受理)

Proposal for Types of Dietary Difficulties in the Terminal Stage

Yayoi MIYOSHI<sup>1</sup> Taeko KATAOKA<sup>2</sup> Takashi ASANUMA<sup>3</sup> Junko TAKETOMI<sup>4</sup> Yuko SUGIHARA<sup>5</sup>

(Received : September 28, 2018, Accepted : December 17, 2018)

## 要 旨

今後、高齢者福祉施設では、積極的な医療を望まない要介護高齢者の看取りが増加することが予測される。そこで本研究では、生活の場において、最期まで安全にかつ食事を楽しめるよう食事ケアモデルの構築を目指し、【終末期に至る食事困難事例の類型案】を作成し、検討することを目的とした。

特別養護老人ホームの利用者で、食事摂取に困難を抱え深刻な状態にある14件の事例を分析、評価して分類した。その結果、共通の特徴を有する7タイプに類型化された。さらに、看取り期の食事介助の経験が豊富な介護職員を対象に、この類型案とその評価法の妥当性を4件法で問うた。その結果、類型案と評価法は概ね支持されたが、いわゆる老衰タイプの検証や介護職が適切に評価できるよう観察ポイントの追加等について、摂食嚥下障害に関する専門職らと共に検討する必要性が認められた。

キーワード：特別養護老人ホーム、終末期高齢者介護、食事摂取困難、食事介護

## Abstract

Among elderly people who reside in special nursing homes, the numbers of those in need of end of life care with minimal medical intervention are expected to increase. This study was conducted to develop and examine a "proposal for types of dietary difficulties in the terminal stage," with the objective of building a dietary care model that allows elderly people to safely live out their final days and to enjoy their meals in their living situation. Fourteen cases of users of nursing homes in a serious condition due to difficulties with dietary intake were analyzed, evaluated and categorized. The cases were categorized into seven types with common characteristics. Care workers with a wealth of experience in providing meal assistance during the period of end-of-life care were surveyed regarding the proposed types and the validity of the evaluation method using a four-point Likert scale. This revealed that the proposed types and evaluation method were generally supported, but suggested a need to investigate so-called types of senility and to examine with experts ways of improving the evaluation method, such as adding observational points to enable appropriate evaluation by care workers.

Key words : Nursing Home, Elderly people under end-of-life care, Cases of dietary difficulty, Dietary care

<sup>1</sup> 高知県立大学社会福祉学部社会福祉学科・准教授・博士（社会福祉学） Department of Social Welfare, Faculty of Social Welfare, University of Kochi, Associate Professor (Ph.D)

<sup>2</sup> 高知県立大学社会福祉学部社会福祉学科・助教・修士（看護学） Department of Social Welfare, Faculty Social Welfare, University of Kochi, Instructor (Master of Nursing)

<sup>3</sup> 国家公務員共済組合連合会大手前病院臨床療法室・言語聴覚士 Division of Physical Medicine & Rehabilitation, OTRMAE HOSPITAL, Speech-language-hearing Therapist.

<sup>4</sup> 弓削メディカルクリニック在宅医療部・理学療法士 YUGE Medical Clinic Physical Therapist.

<sup>5</sup> 地域密着型総合ケアセンターきたおおじ・施設長 Community Comprehensive Care Center KITOJI. Facility Manager.

## I. 研究の背景と目的

これまで日本では、重度の要介護高齢者に対して、可能な限り最期まで医療が施されてきた。認知症の進行等によって経口摂取が困難になった高齢者に対する経管栄養法はその一つである。

経皮内視鏡的胃瘻造設術いわゆる PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) といわれる経管栄養法は、2000年頃より、安全かつ簡便な栄養法として急速に普及してきたとされている(仲口2012)。しかし、近年の動向は、高齢者本人の尊厳を守る等倫理的な観点から、その適応は慎重であるべきとの見方へ変わってきた(日本老年医学会2012)。

要介護高齢者の重度化への対応として、2006年特別養護老人ホーム(以下、特養)に「看取り加算」が、2009年にはグループホームにも「看取り介護加算」が創設された。また、2012年より介護職による医療的ケアも実施されるようになり、生活の場における看取りが政策的に推進されている。

これらの背景には、高齢者の看取り期には過剰な医療を望まず、自宅や高齢者福祉施設など生活の場において最期を迎えたいという利用者や家族の看取りニーズの増大と多様化がある。

Frailty とは、高齢期に生理的予備能力が低下することでストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害や要介護状態の悪化のみならず、死亡の転帰に陥りやすい状態のことで、身体的問題のみならず、認知機能障害やうつなどの精神・心理的問題、社会的問題をも含む概念である。Frailty には、「虚弱」や「老衰」等の日本語訳が用いられていたが、「加齢に伴って老い衰えた状態」といった印象があるとして2014年日本老年医学がこれをフレイルとするとした(日本老年医学会2014)。現在フレイルは、健康寿命の延伸や介護予防における観点で重要視され、広く普及しつつある。

この、Frailty、いわゆる老衰が進行した状態の高齢者の死を生活の場で看取る場合、看取り期に

においても最期まで経口摂取を支援する食事ケアはより重要度を増すと考える。

高齢者の終末期像は、老衰に加え認知症や各種慢性疾患の進行などにより、複雑な心身の状況を呈するとされる。また、高齢者の経口摂取の状況は生命予後に関連し、経口摂取困難が終末期へ移行する目安になることが複数の先行研究で示唆されている(川上・新谷2007;葛谷2009;宮岸・東・赤石・ほか2007;流石・牛田・亀山・ほか2006)。

また、多くの嚥下障害を有する高齢者が在宅や施設に存在すると予測されているにもかかわらず、多くの高齢者に適切な嚥下診療が提供されていないのが現状であると指摘されている(榎・杉山・井澤・ほか2014;金谷2003)

特養に勤務する介護福祉士への調査では、このような状況において、介護職は摂食嚥下が難しくなっている高齢者への食事を介助することに、誤嚥の恐れなどを感じ、不安を有していることが明らかとなっている(小浦・杉澤2010;三好2016)。しかもそのような中、介護職は、日々高齢者の命を預かる責任を負い、それ故に高齢者が食事を摂取することに強い思いをもって、食事介助を実践している現状が認められた(三好2016)。

また一方で、経験を重ねることで、高齢者に食べることを無理強いしているかもしれないなどと、自己のケアのあり方に疑念を生じるようになり、さらに経験を積み重ねることで、どこで止めるべきか判断できるようになるという、経験によって一定の技術力が向上していくことも推察されている(三好2016)。

これらのことから、食事ケアに科学的根拠を持たないことによる介護職の苦悩だけでなく、誤嚥によって高齢者の生命に危険性が潜んでいることが分かった。看取り期における食事介護は、ベテラン介護職の経験を頼りに実施している状況にあるのである。

今後、経管栄養をはじめ積極的に終末期医療を望まない高齢者の看取りが急速に増加することが予測される中、高齢者が安らかな死を迎えられる

よう、最期まで安全に、かつ食事を楽しめるよう生活の場における食事ケアモデルが求められると考えた。

そこで、食事ケアモデル構築にあたり、まず食事ケア実践から得た介護職の経験値より、現状の食事ケアのどこが活用し得るのか、何が課題となるのかについてデータ収集に着手した。しかしその過程で、終末期における食事ケアは、個々の多様な状態に応じて実施されていることが分かり、まずその対象者の状態を整理する必要性が見いだされた。

よって本研究では、まず対象者は食事摂取にあたり具体的に何が困難になっているのか、また残された力は何か等について具体的に調査し、終末期における高齢者の食事困難事例を分類し、その類型案を作成することを目的とした。

## II. 研究方法

研究は、2段階で実施した。まず、実際に食事摂取が難しく深刻な状態となっている事例を調査・分析し「終末期における（至る）食事困難事例の類型案（以下、類型案）」を作成した。次に、日々食事介助を行っている介護職を対象にその妥当性についてアンケート調査を実施し、内容を検討した。

### 1. 類型案の作成

#### 1) データ収集

本研究では、介護保険施設の中で、利用者の重度化が進行し、2016年9月時点での死亡退所が67.5%と最も多かった特養（厚生労働省2016）を調査対象とした。

研究調査の承諾が得られた特養2施設より、食事摂取に困難を抱え深刻な状態にある事例の紹介を受けた。

直接対象者の食事摂取の状況を観察すると共に、記録物からは基本情報や経過等のデータを収集し、職員からは心身の状態や食事状況等聞き取った。収集するデータの内容については、摂食

嚥下5期モデル（寺見2014）や小山ら（2017）によるKTバランスチャート、山田（2013）による認知症の人の食事支援などを参考に、言語聴覚士（Speech Language Hearing Therapist=ST、以下ST）ら摂食嚥下障害に関する専門職を含む共同研究者、研究協力者と協議しながら選定した。

また、直接観察にあたっては、STの同行を受け、摂食嚥下能力等に関する具体的な観察のポイントを確認した。調査は継続的に実施し、随時異なるタイプと思われる事例を増やしつつ、それらの経過をみていった。

調査期間は、2017年1月～2018年7月である。

### 2) 類型の方法

評価項目の選定や評価基準の設定にあたっては、摂食嚥下5期モデルやKTバランスチャート、認知症の人の食事支援などを参考に、共同研究者、研究協力者らと協議しながら試行錯誤を重ね、事例の経過や全身状態、食欲や食事形態、食事摂取状況、姿勢や嚥下状態等収集した情報を基に分類した。

その観点は、介護職が評価できるよう、特別な道具を用いたりせず簡易的で、主観的にできることを重視した。また同時に、評価結果の差異や類似点に着目し、事例の比較、分類を進めた。

### 2. 類型案の検討

#### 1) 調査の方法と内容

特養の代表者に研究の目的や調査の意図を説明し、看取り期の食事介助の経験が豊富な介護職員に対して、【終末期における（至る）食事困難事例の類型案】に関する意見聴取を依頼した。調査期間は、2018年7月～8月である。

調査の内容・方法は、先に作成した【終末期における（至る）食事困難事例の類型案】を提示し、①実際の終末期における（至る）食事困難事例はこのいずれかの類型に該当するか、②それぞれの類型は事例の特徴を捉えられているか、③類型名は適当か、④評価項目は妥当か、⑤評価基準は明

確か、の5項目に対して「する・ある」から「しない・ない」の4件法で問うた。また、それぞれの項目に対する意見や総合的な感想などを記入してもらった。

### 3. 倫理的配慮

調査候補施設に対して、予め文書及び口頭で研究内容と倫理的配慮について説明を行い、了解を得た上で研究参加への同意書に署名を受けた。なお、調査開始前に、高知県立大学研究倫理審査委

員会の承認を得た(社研倫16-65号,平成28年12月22日)。

## Ⅲ. 結果

### 1. 類型案

#### 1) 事例の概要(表1)

最終的に14件の事例を分析の対象とした。事例の概要は、女性12名男性2名で、年齢は初回観察時点で80~99歳、要介護度は2~5であった。

表1. 事例の概要

事例	年齢	性別	要介護度	主な疾患・症状	経過
A	89	女性	5	心不全 糖尿病 認知症	17/01/20:初回直接観察 17/06/03:かなり衰弱 *しばらく後死亡
B	98	女性	5	誤嚥性肺炎 重度の視覚障害 認知症	17/01/20:初回直接観察 *数週間後死亡
C	88	女性	4	認知症	17/01/20:初回直接観察 17/10/13:回復 18/11/25:前回と同じ状態
D	99	男性	3→5	認知症 心不全	17/06/03:すでに本人死亡,食事時のビデオの観察等 17/10/12:追加情報
E	85	女性	5	多発性脳梗塞,右麻痺,失語症	17/06/03:初回直接観察 17/10/13:変化なし 18/10/25:食事形態を変えるが体重減少
F	97	男性	5	脳出血,右片麻痺(両下肢拘縮) 水頭症,症候性てんかん,糖尿病	17/06/03:初回直接観察 17/10/13:変化なし 18/01/25:体調に波はあるものの同じ状態
G	92	女性	2	脳梗塞 アルツハイマー型認知症	17/09/22:初回直接観察 *18年4月死亡
H	80	女性	5	脳梗塞繰り返す,右片麻痺 多発腰椎圧迫骨折で円背	17/09/22:初回直接観察 17/11/30:誤嚥性肺炎で入院中 *11/24胃瘻造設し経管栄養に変更 18/07/09:経管栄養で安定
I	83	女性	5	レビー小体型認知症,パーキンソン病 脂質異常症,蜂窩織炎	17/09/22:初回直接観察 17/11/30:変化なし 18/07/09:変化なし
J	84	女性	5	認知症 筋緊張が高い	17/10/12:初回直接観察 18/01/25:食事形態を変えやや改善
K	89	女性	4	脳内出血 認知機能低下	17/11/30:初回直接観察 18/07/09:変化なし
L	92	女性	5	多発性脳梗塞 狭心症,高血圧 腰椎圧迫骨折,円背	17/11/30:初回直接観察 18/07/09:変化なし
M	93	女性	4	脳梗塞,認知症,心房細動 →大腿骨骨折,脳出血,腎不全,心不全	18/01/25:初回直接観察
N	92	女性	3→5	脳梗塞,認知症 →多臓器不全	18/01/25:初回直接観察 *多臓器不全と診断を受けたのち回復傾向

2) 7つのタイプ（表2）

評価項目と評価基準は図1の通りである。各々の事例についてこの10項目から評価した上で、差異や類似点に着目し、分類した。その結果、終末

期におけるあるいは至る食事困難事例は、経過の速度、意思疎通や摂食嚥下状態等共通の特徴を有する7つのタイプに分類されることが示唆された。

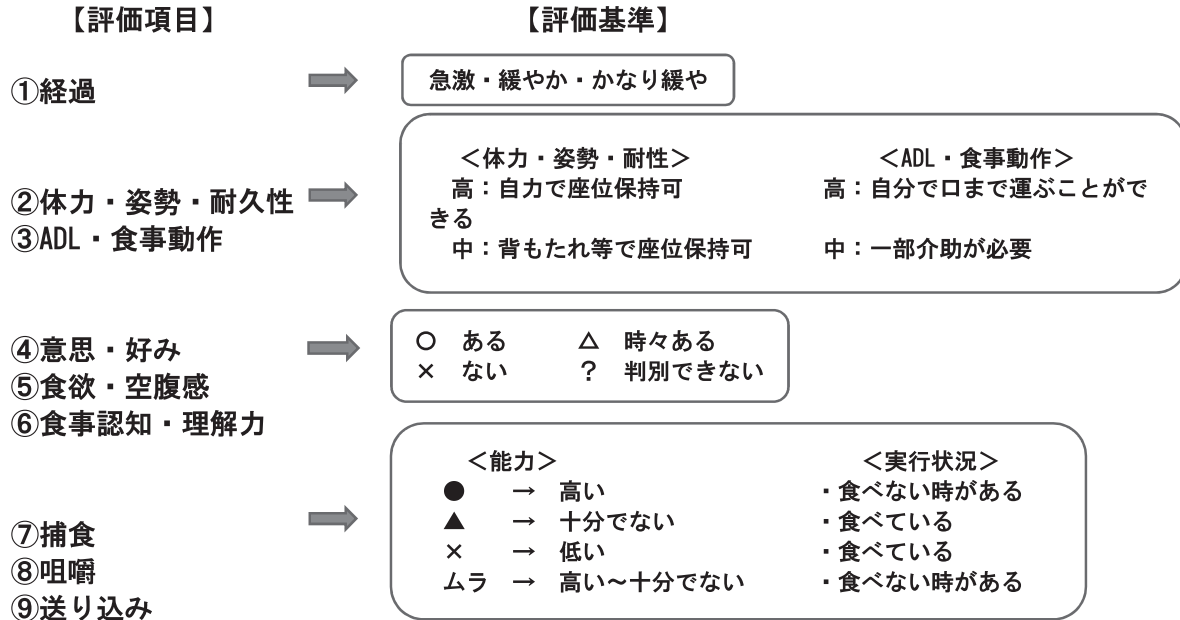


図1. 評価項目と評価基準

表2. 7つのタイプ

類 型		評 価 項 目										
		①	②	③	④	⑤	⑥	⑧			⑩	
								⑦	⑧	⑨	嚥下	
経過	体力 姿勢 耐久性	ADL 食事動作	意思 好み	食欲 空腹感	食事認 知 理解力	捕食	咀嚼	送り込み	嚥下			
I	I a	原因不明の急な食欲不振型	急激	高	高～中	○	×	○	●	●	●	●
	I b	多臓器不全による摂取困難型	急激	中～重	中～重	○	△	○	●	●	●	●
II	II a	食物認知の低下による摂食困難型	かなり緩やか	高	中～重	○	△	△	ムラ	ムラ	ムラ	ムラ
	II b	覚醒不良による摂食困難型	緩やか	中～重	重	△	△	△	ムラ	ムラ	ムラ	ムラ
III		筋緊張による咀嚼嚥下困難型	かなり緩やか	中～重	重	△	?	?	×	△～ ×	△～ ×	△～ ×
IV	IV a	脳卒中後遺症による嚥下困難型	かなり緩やか	中～重	重	○	○	○	×	×	×	×
	IV b	複合要因による摂食嚥下困難型	緩やか	最重	最重	?	?	?	×	×	×	×

### 3) 類型の特徴

7つのタイプはさらに、4つに分類できた。

#### (1) 食欲が低下し経過が急激なⅠ型

##### I a <原因不明の急な食欲不振型>

介助で歩行が可能である、自力で食事摂取ができるなど比較的 ADL の高かった人が、急激に食欲が低下し食事摂取量が減少してしまうタイプである。食欲減退の原因が不明で、相対的に死に至る経過が急である。しかし、好物等の補食により一時的に維持、回復することもある。

##### I b <多臓器不全による摂食困難型>

心臓や腎臓、肝臓など生命維持に欠くことができない重要臓器の機能不全により、本人の食べたい、あるいは食べようという意思に関係なく嘔気や嘔吐などにより食事が取れないタイプである。また、食事を摂取しても消化吸収が十分でないケースもある。いずれにしても、急激な経過をたどるが、現疾患の快方に伴い一時的に回復することもある。

#### (2) 認知機能低下による経過の緩やかなⅡ型

##### II a <認知機能低下による摂食困難型>

食物認知が低下し、自ら食事を口にすることが難しくなる。さらに、認知症が進行すると、介助して食物を口に運び入れても、咀嚼せずに口腔内に溜め込み、食事摂取が進まないタイプである。経過は、非常にゆっくりで、食事量の減少と共に徐々に体力が低下していく。

##### II b <覚醒不良による摂食困難型>

認知症の進行などにより、睡眠時間に関係なく覚醒している時間が減り、食事中もウトウトしたりぼんやりするなどして、食事が摂取できなくなるタイプである。また、タイミングを図るなど工夫することで食事量を一定確保できる可能性があるが、誤嚥のリスクも高い。

#### (3) 筋緊張のため摂食が困難になるⅢ型

##### III <筋緊張による咀嚼嚥下困難型>

リクライニング型車イス等で座位保持は可能であるものの、全身の筋緊張が強く口の開閉が難しくなり食事摂取が困難になるタイプである。これには、ギリギリ歯軋りするように強く食い縛って開口が難しくなるタイプと、頸部が硬く後屈気味で前屈して口を閉じることが難しいタイプがある。概して、コミュニケーションが難しく、食欲の有無や食事認識の判断もしづらい人が多い。

#### (4) 食塊形成・嚥下が困難なⅣ型

##### IV a <脳卒中後遺症による摂食嚥下困難型>

脳卒中の後遺症により、ペーストやゼリー状の食事であっても、口唇や舌などの動きの悪さにより、食塊形成が不十分で、食物の一部が流れ出してしまうような状態である。また、嚥下にも問題があり、誤嚥性肺炎を繰り返すタイプである。食事以外はベッドで過ごしているような全身状態であっても、食欲はあり、好みもはっきりしている人が多い。

##### IV b <意思疎通困難かつ摂食嚥下困難複合型>

様々な複合要因により摂食嚥下が困難であり、加えてコミュニケーションも難しく、食欲の有無や食事を認知しているかどうかとも判断しづらいタイプで、誤嚥のリスクも高く食事介助が非常に難しい。典型的な事例では目を閉じたまま、口腔に運び入れられた食物を、反射的に咀嚼・嚥下しているような状態である。

## 2. 食事困難事例の類型案の検討

四国および近畿地方の特養9ヶ所に勤務する、介護職員20名より研究協力の同意が得られ調査回答を受け取った。調査対象者の概要は、男性6名女性14名で、年齢は29歳～55歳、平均37.8歳であった。

### 1) 類型の妥当性

◆「実際の終末期における（至る）食事困難事例は、このいずれかのタイプに該当するか」の問いの結果は、「該当する」10（50%）、「やや該当する」が同じく10（50%）、とすべて肯定的な回答であった。

具体的には、「Ⅰの方はいません」というコメントが1件あった。他方では、「Ⅰ aは非常に当てはまる」、「Ⅰ a, Ⅰ b, Ⅱ aは終末期で多く見られるケースだと思います」など、Ⅰ型とⅡ型が多いという意見も3件あった。また、「Ⅲ, Ⅳ bは大抵当てはまる」という意見が1件あった。他に「終末期になると徐々に食事が自然と体に負担を感じ受け付けなくなる方も居られます」という意見が1件あった。

総合的な感想としては、以下4件の記載があり、いずれも肯定的なものであった。

- ・様々なケースがあり、一概に言えないことの方が多のですが、既往や認知症、生活のペースによって起こる食事困難事例は自分自身も今まで経験したことのあるケースと類似していると思います。
- ・どの類型、特徴においてもいずれかに該当すると思います。
- ・類型については、概ねカバーしていると思います。
- ・今まで看取ってきた利用者の方々が思い浮かびました。

◆「それぞれのタイプは事例の特徴を捉えられているか」の問いの結果は、「捉えられている」5（25%）、「ある程度捉えられている」15（75%）、と否定的な回答はなかった。

総合的な感想も以下のように、肯定的なものが複数あった。

- ・的確に捉えられていると思う。
- ・イメージしやすいと思います。
- ・類型に合わせて特徴をとらえて表記していると思います。

◆「タイプ名は適切か」の問いについては、「適切である」7（35%）、「まずまず適切である」12（60%）とほぼ肯定的な結果で、「わかりやすいと思います」という意見が1件あった。

一方、「あまり適切ではない」が1（5%）あったが、この回答には、どこがどのように適切でないのかという具体的な意見の記載はなかった。

また、Ⅰ a <原因不明の急な食欲不振型>のタイプ名について、以下のような意見があった。

- ・“原因不明”というのは、おそらく何かあるのだと思いますが、自分たちで追及しきれていないのだと思います。
- ・ADLが急激に下がった場合、受診するケースがほとんどで、いずれも何らかの原因が明らかにされているように思います。

### 2) 評価項目、評価基準の妥当性

◆「評価項目は適切か」の問いについては、「妥当である」5（26.3%）、「まずまず妥当である」13（68.4%）、「あまり妥当ではない」1（5.3%）という結果であった。他に「わからないです」というコメントを付した不適切な回答が1件あった。

「評価項目についても、それぞれの類型にマッチングしていると思います」という肯定的な意見があった。一方、評価項目⑦～⑩に関して、判断が難しいという指摘が2件あった。また評価項目②にある耐久性について、「耐久性がどのような事を指すのか分かりません」という指摘もあった。

◆「評価基準は明確か」の問いについては、「明確である」8（42.1%）、「まずまず明確である」10（52.6%）、「あまり明確ではない」1（5.3%）という結果であった。他に評価項目の妥当性への問いと同様に、「わからないです」というコメントを付した不適切な回答が1件あった。

総合的な感想としては、以下のように概ね肯定的なものであった。

- ・評価基準は分かりやすいです。
- ・評価項目や評価基準は、もっと細かくできると

と思いますが、細かすぎても判断しにくくなることがあるので、いいと思います。

・これ以上細かくすると逆に分かりづらくなると思います。

#### IV. 考察

介護職の回答や意見に基づき、【終末期における（至る）食事困難事例の類型案】を検討する。

##### 1. 類型について

概ねカバーできているという肯定的な結果が得られた。一方、I型はいないとの回答もあった。これは、回答者がまだI型を経験したことがない可能性もあるが、このようなタイプは、施設の方針によっては医療機関に搬送して看取っている場合もあると考えられる。

また、＜原因不明の急な食欲不振型＞の原因不明について、「自分たちで追及しきれていない」や、急変した際には受診するケースが多く、何らかの原因が明らかにされているように思うという意見があった。

これについては、重度化し終末期に至る要介護高齢者の場合、医療機関を受診しても、原因解明のため侵襲性の高い検査を受けることが体力的に可能であるか、またそれを本人や家族が望むのかというような問題があるのではないだろうか。それ故、実際にはそこまで原因を追求せず、＜原因不明の急な食欲不振型＞は現実的には存在することが推測される。

さらに、終末期になると徐々に食事が自然と身体に負担を感じ受け付けなくなる方がいるという意見については、いわゆる「老衰」の進行によるものと考えられるが、これはI型に近いものの、経過がゆっくりである点に違いがある。これについて、同様の事例からデータを収集し、新しい8つ目のタイプと分類すべきか検証していく必要がある。

##### 2. 評価項目・評価基準について

本類型案は、介護職が評価できるよう、特別な道具を用いたりせず、主観的で簡易であることを重視しているが、評価項目、評価基準とも概ね適当であると支持された結果であった。

しかし、「耐久性がどのような事を指すのか分かりません」という指摘については、耐久性を分かりやすく表現することが可能か、また、そもそもこの項目が必要であるかなど、再検討する必要があると考える。

また、⑦～⑩の食塊形成と嚥下の評価が難しいという意見があったが、これらの項目は食事摂取困難を評価するには欠くことができないため削除することは難しい。分かりやすい表現にすることが可能かどうか、また介護職が適切に評価できるようなポイントの追加等、どのような工夫ができるのか、摂食嚥下障害に関する専門職らと共に検討する必要性が認められた。

##### 3. 終末期の捉え方について

高齢者の終末期はどこからなのか期限を設けることが難しいというのが特徴の一つである（三好2016）。本類型案も終末期に「おける」と限定することは困難で（至る）と仮定していた。これについて、「終末期に『おける』よりは『至る』に該当するような内容に感じられました」という感想があった。

また、終末期の捉え方について、以下複数の意見があった。

・II a～IV bは経過が緩やかで、どこから終末期とみなすのかが判断しづらいと感じました。

・終末期ととらえても、実際に本人の力や周囲のサポートにより、数年に渡って状態をキープし、看取りを迎えたケースも多々あります。

・各特徴の文章を読むと、これまで関わってきた方々をイメージできますが、終末期に限ったことではないと思います。

・終末期における事例として複合要因（IV b）が多くなると思います。至るまでは、資料の類型から進行していくように思えます。最終的には、複



合要因になっていくことが経験上感じます。

これらの意見を踏まえ、本類型案では「おける」を削除し、終末期をひろく捉えられるよう「至る」と表記することが適当であると考える。

#### 4. 本類型案の特性

本研究の目的は、高齢者が生活の場で安らかな死を迎えるための食事ケアモデル構築に向け、終末期高齢者の食事困難の類型案を作成することである。それ故、食事困難の原因を追究するものではなく、食事介護を安全、効果的に実施することを目的としている。

一方、食べるために必要な機能は、口腔や咽頭の機能のみではないとして、食物の認知を含んだ摂食嚥下のプロセスをとらえたものが摂食嚥下5期モデルである(寺見2014)。また、山田(2013)が提案している食事支援方法は、認知症の進行やタイプに着目したものである。さらに、小山(2017)によるKTバランスチャートは、摂食嚥下状態のみならず全身状態や呼吸状態などを包括的に評価し、口から食べることを包括的に支援するために開発されたものである。本類型案の対象は、重度化し終末期に至る段階の高齢者である。KTバランスチャートは、食べるためのリハビリテーションを重視したものであり、本研究の目的とは異なる。

また、本類型案は、生活の場において介護職が評価できることを重視している。高齢者介護施設に従事している介護職は介護福祉士など専門的な資格をもつものばかりではないため、専門的な知識がなくとも評価できるよう、評価項目を必要最小限にし、主観的に評価できるよう工夫している点の特徴である。

#### 5. 本研究の限界と課題

本研究では、終末期に至る高齢者の食事困難事例の類型案を報告した。しかし、類型化の対象とした事例数や観察期間が限られており、終末期に至る高齢者の食事困難を十分捉えられているもの

ではない。

アンケートの自由記載には、「類型案が作られ、それに基づいた細かな評価項目があれば、経験値の有無に関わらず、終末期の食事ケアについて、又変化していく状態に合わせて速やかに対応していく為の良い情報になると思います」とあり、生活の場において、本類型案の活用が期待される。

また、「その都度、利用者の状態を観察し、食事ケア等の判断をしているが、判断に迷うときがある。そのため、ケアモデルが確立されると、判断材料として効果的であると感じる」など、食事ケアモデル構築への期待も寄せられていた。

今後、考察に基づき本類型案の洗練化を図る予定である。同時に、食事ケアモデル構築に向けて、それぞれのタイプに対する標準的なケアを抽出、検討していくことが次の課題である。

なお、本研究はJSPS 科研費 JP16K00759の助成を受けて実施した調査の一部である。

#### 文献

榎裕美・杉山みち子・井澤幸子・ほか(2014)「在宅療養要介護者における栄養障害の要因分析 the KANAGAWA-AICHI Disabled Elderly Cohort (KAIDEC) Study より」『日本老年医学会誌』51, 547-553.

小山珠美編集(2017)『口から食べる幸せをサポートする包括的スキルーKTバランスチャートの活用と支援 第2版』医学書院.

小浦さい子・杉澤秀博(2010)「摂食・嚥下障害を伴う施設入居高齢者に対する介護職員の食事介助体験の心理過程:特別養護老人ホームの場合」『老年学雑誌』創刊号, 15-27.

川上嘉明(2014)『はじめてでも怖くない自然死の看取りケア』MC メディカ出版.

川上嘉明・新谷富士雄(2007)「特別養護老人ホームにおける要介護高齢者の看取り介護」『総合看護』42(4), 5-19.

金谷節子(2003)「人は口から食べられる間は、人間としての品位と尊厳を、持って生きられる」

- 『日本味と匂学会誌』10, 197-206.
- 葛谷雅文 (2009) 「高齢者終末期の医療連携－特に栄養ケアの連携について－」『日本老年医学会雑誌』46, 524-527.
- 厚生労働省 (2016) 平成28年度介護サービス施設・事業所の概況 介護保険施設の利用者の概況 (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service16/index.html>. 2018.9.18).
- 流石ゆり子・牛田貴子・亀山直子・ほか (2006) 「高齢者の終末期のケアの現状と課題－介護保険施設に勤務する看護師への調査から」『老年看護学』11 (1), 70-78.
- 寺見雅子 (2014) 『摂食・嚥下ケア実践ガイド』株式会社学研メディカル秀潤社.
- 仲口路子 (2012) 「PEG (胃ろう) 問題－認知症高齢者への PEG の適応について－」『Core Ethics』8, 291-303.
- 日本老年医学会 (2012) 『日本老年医学会立場表明 2012』 (<http://www.jpngeriatricsoc.or.jp/tachiba/jgs-tachiba2012.pdf>. 2018.9.18).
- 日本老年医学会 (2014) 「フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント」 ([http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20140513\\_01\\_01.pdf](http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20140513_01_01.pdf). 2018.9.18).
- 三好弥生 (2016) 「高齢者を看取る過程における介護福祉士の意識の変容」高知県立大学大学院博士論文.
- 三好弥生 (2016b) 「要介護高齢者の誤嚥を防ぐ食事ケアに関する基礎知識」『四国公衆衛生学会雑誌』61 (1), 57-62.
- 宮岸隆司・東琢哉・赤石康弘・ほか (2007) 「高齢者終末期における人工栄養に関する調査」『日本老年医学会雑誌』44 (2), 219-223.
- 山田律子 (2013) 『認知症の人の食事支援 BOOK 食べる力を発揮できる環境づくり』中央法規.